

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Conception d'une activité d'apprentissage utilisant la simulation haute-fidélité pour
développer la collaboration interprofessionnelle en Soins infirmiers

par

Claude Gravel, 11143176

Essai présenté à la Faculté d'éducation

en vue de l'obtention du grade de

Maître en enseignement (M.Éd.)

Maîtrise en enseignement au collégial

Avril 2019

© Gravel Claude, 2019

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Conception d'une activité d'apprentissage utilisant la simulation haute-fidélité pour
développer la collaboration interprofessionnelle en Soins infirmiers

Claude Gravel

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Carole Martin Directrice d'essai
Prénom et nom de la personne

Éric Lavertu Évaluateur de l'essai
Prénom et nom de la personne

Essai accepté le :

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce projet demande un investissement de la part de son autrice. Je n'aurais pu voir mon accomplissement sans la contribution et le soutien d'une multitude de personnes. Je prends alors quelques instants pour les remercier dans ces quelques lignes.

Je veux exprimer toute ma gratitude à ma directrice, Carole Martin, pour avoir accepté de m'accompagner dans ce parcours. Son accompagnement pédagogique et son soutien constant, sa compréhension, ses encouragements et ses lectures minutieuses m'ont permis de réaliser ce projet d'envergure. Ses commentaires judicieux et pertinents m'ont permis de faire progresser ma recherche et de la mener à terme. Son aide fut extrêmement précieuse. De plus, j'aimerais souligner que ses nombreux encouragements dans les moments plus difficiles et son attitude toujours positive ont grandement facilité mon cheminement.

Je tiens à souligner ma reconnaissance à l'égard des enseignantes qui ont participé à cette recherche. Leur générosité et leur enthousiasme ont été pour moi une grande source de motivation et d'énergie. Un merci spécial à mes collègues du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu. Un remerciement particulier à Michèle Hamelin qui malgré sa charge de travail, a accepté de commenter le questionnaire en vue de sa validation. Enfin, je ne peux passer sous silence la collaboration des enseignantes du Cégep de Sherbrooke qui ont partagé leur expertise en simulation haute-fidélité.

J'aimerais remercier certaines personnes exceptionnelles rencontrées à travers mon parcours pédagogique qui ont généreusement accepté de prendre un temps qui leur était précieux pour m'aider avec les différentes compétences transverses que j'ai développées. Merci à Jules Massé et Josée Defoy.

Mes remerciements les plus profonds aux membres de ma famille. À mes enfants, Alexis, Zachary et à mon conjoint, je vous remercie pour votre grande patience et votre compréhension. Votre confiance en moi a été déterminante dans la poursuite de mes études à la maîtrise. J'adresse un merci spécial à ma mère pour avoir su me transmettre son goût des études et de la pédagogie.

Pour conclure, les remerciements les plus chers à mon coeur sont destinés à ma source de motivation et de persévérance, Robert Beaulieu. Tu as su m'inspirer à me dépasser, à persévérer par le combat que tu as mené, je tiens à te souligner toute ma gratitude. Tu ne peux imaginer l'importance du rôle que tu as joué dans l'aboutissement de mes aspirations professionnelles et personnelles. Merci pour tout.

SOMMAIRE

La nécessité de développer la collaboration interprofessionnelle pour assurer la qualité des soins et pour répondre aux changements survenus (lois, complexification des soins, etc.), se bute à des contraintes organisationnelles rendant difficile la tenue d'activités d'apprentissage y étant reliées entre les étudiantes et les étudiants du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu et les élèves de l'École professionnelle des métiers. De plus, l'impossibilité d'offrir des expériences de collaboration interprofessionnelle similaires en stage, pour toutes les étudiantes et les étudiants, rend le manque d'activités pour la développer plus criant. Le manque d'activités d'apprentissage standardisées qui favorisent le développement, de manière systématique, de la collaboration interprofessionnelle chez toutes les étudiantes et tous les étudiants dans le programme de Soins infirmiers au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu a été identifié comme problème de recherche.

La présente recherche s'intéresse à l'intégration du nouveau champ d'exercice infirmier et des activités partagées dans le développement de la compétence (01QD) : - Établir des relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants - dans le programme de Soins infirmiers. Ce constat nous amène à l'objectif général poursuivi dans cette recherche : développer la compétence de collaboration interprofessionnelle chez les étudiantes et les étudiants de sixième session en Soins infirmiers à l'aide d'une activité de simulation haute-fidélité favorisant l'intégration des différents rôles au sein de l'équipe soignante. Dans ce sens, nous avons créé une activité d'apprentissage utilisant la simulation haute-fidélité (SHF) et intégrant le champ d'exercice infirmier et les activités partagées, pour favoriser le travail d'équipe des différentes intervenantes ou intervenants qui prodiguent des soins infirmiers.

Après une recension des écrits portant sur les concepts de compétence, de collaboration interprofessionnelle et d'activité de SHF, nous nous sommes fixée quatre objectifs spécifiques pour répondre à notre but de recherche de : a) développer une activité

d'apprentissage de collaboration interprofessionnelle en utilisant la simulation haute-fidélité pour les étudiantes et les étudiants de sixième session du programme de Soins infirmiers du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu ; b) développer une grille d'observation des indicateurs comportementaux de la compétence de collaboration interprofessionnelle pendant la SHF ; c) valider l'activité d'apprentissage de collaboration interprofessionnelle auprès d'enseignantes et d'enseignants du programme de Soins infirmiers ; d) valider la grille d'observation des indicateurs comportementaux de la compétence de collaboration interprofessionnelle pendant la SHF auprès d'enseignantes et d'enseignants du programme de Soins infirmiers.

Avec une posture épistémologique interprétative et une approche qualitative, nous avons opté pour un essai de type conception d'activité d'apprentissage (Paillé 2007) visant le développement de la compétence (01QD) : Établir des relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants. Après avoir conçu notre activité d'apprentissage, nous avons collecté des données auprès de certaines enseignantes du programme de Soins infirmiers du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu et du Cégep de Sherbrooke pour procéder à la validation de l'activité d'apprentissage de SHF et de la grille d'observation. Nous avons eu recours à l'expertise de deux cégeps, le premier pour son expertise de l'enseignement de la compétence de collaboration et parce que l'activité d'apprentissage lui est dédiée. Quant au second, il est reconnu pour son expertise en SHF au collégial. Pour accompagner les enseignantes dans leur démarche de validation, nous avons privilégié un questionnaire comportant des questions ouvertes et fermées ainsi que des entrevues semi-dirigées individuelles afin de recueillir des données qualitatives et quantitatives.

L'analyse et l'interprétation des résultats nous ont permis de valider l'activité d'apprentissage et la grille d'indicateurs comportementaux. La richesse et les précisions obtenues lors de la collecte de données nous ont permis d'améliorer notre activité d'apprentissage en SHF. Cette activité de SHF contextualisée a été élaborée pour le programme de Soins infirmiers du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu. Néanmoins, la description précise du contexte de réalisation ainsi que les fondements sur lesquels nous nous sommes appuyée permettront la transférabilité de nos résultats. Puisque la plupart des

cégeps n'ont pas encore la technologie nécessaire à la SHF, ceux qui songent à l'implanter pourront bénéficier, au moment venu, de cette recherche pour les aider à développer des activités d'apprentissage portant sur d'autres compétences en soins infirmiers ou dans des programmes connexes.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	5
LISTE DES TABLEAUX	13
LISTE DES FIGURES.....	14
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	15
INTRODUCTION	16
PREMIER CHAPITRE LA PROBLÉMATIQUE	18
1 CONTEXTE DE L’ESSAI	18
1.1 Notions sur la qualité des soins infirmiers.....	18
1.2 Distinction des intervenantes et des intervenants de la santé	21
1.2.1 Préposée ou préposé aux bénéficiaires.....	21
1.2.2 Infirmière ou infirmier auxiliaire	22
1.2.3 Infirmière ou infirmier	23
1.3 Les modifications législatives	25
1.4 Les compétences du programme de Soins infirmiers.....	26
1.5 Développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle dans le programme de Soins infirmiers	28
1.6 Activités complémentaires utilisées pour le développement de la compétence interprofessionnelle	31
1.6.1 ECOS	31
1.6.2 Stages cliniques.....	33
1.6.3 Activité de collaboration interprofessionnelle	34
1.7 Projet Fonds d’Investissement Stratégique (FIS)	35
2. PROBLÈME DE RECHERCHE	36
3. OBJECTIF GÉNÉRAL	40

DEUXIÈME CHAPITRE LE CADRE DE RÉFÉRENCE41

1	LE CONCEPT DE COMPÉTENCE.....	41
2	LE CONCEPT DE COLLABORATION	43
2.1	Définitions de la collaboration	43
2.2	Théories de la collaboration	44
2.3	Définitions de la collaboration interprofessionnelle.....	46
2.4	Conditions essentielles à la collaboration interprofessionnelle.....	47
2.5	Avantages de la collaboration interprofessionnelle.....	49
3	ACTIVITÉ D'APPRENTISSAGE	50
3.1	Théorie de l'activité.....	51
3.2	Définition de la simulation haute-fidélité.....	53
3.3	Planification et déroulement de la SHF.....	54
3.4	Déroulement de la SHF	57
3.5	Avantages et limites de la SHF.....	60
4	LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DE L'ESSAI.....	62

TROISIÈME CHAPITRE LA MÉTHODOLOGIE64

1	L'APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE	64
1.1	Le type d'essai	65
2	LES PARTICIPANTES/PARTICIPANTS.....	67
3	MÉTHODE ET INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES.....	69
3.1	Le journal de bord.....	70
3.2	Le questionnaire	71
3.3	L'entrevue semi-dirigée.....	73
4	DÉROULEMENT ET ÉCHÉANCIER	74
4.1	Conception de l'activité d'apprentissage.....	76
4.2	Conception de la grille d'observation des indicateurs comportementaux	77
4.3	Validation de l'activité d'apprentissage et de la grille d'observation	78
5	MODALITÉS D'ANALYSE DES DONNÉES.....	80

6	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	81
7	RIGUEUR ET SCIENTIFICITÉ	84
7.1	La crédibilité.....	84
7.2	La transférabilité.....	84
7.3	La fiabilité.....	85
7.4	La confirmation	85

QUATRIÈME CHAPITRE LA PRÉSENTATION ET L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS86

1	LA PRÉSENTATION DES CARACTÉRISTIQUES CONCERNANT LES PARTICIPANTES.....	86
2	LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS QUANTITATIFS OBTENUS À L'AIDE DU QUESTIONNAIRE.....	89
2.1	La présentation des résultats quantitatifs obtenus concernant l'activité d'apprentissage SHF.....	89
2.2	La présentation des résultats quantitatifs obtenus concernant la grille d'observation des indicateurs comportementaux	91
3	LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS QUALITATIFS OBTENUS À L'AIDE DU QUESTIONNAIRE.....	93
3.1	La présentation des résultats qualitatifs obtenus concernant l'activité d'apprentissage SHF.....	93
3.1.1	Section I : Guide de breffage du Guide de la facilitatrice et du facilitateur	93
3.1.2	Section II : Consignes aux étudiantes et aux étudiants du Guide de la facilitatrice et du facilitateur	93
3.1.3	Section IV : Étapes et variations possibles du Guide de la facilitatrice et du facilitateur	94
3.2	La présentation des résultats qualitatifs obtenus concernant la grille d'indicateurs comportementaux	99
4	LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS QUALITATIFS OBTENUS À L'AIDE DES ENTREVUES SEMI-DIRIGÉES.....	100
4.1	La présentation des résultats qualitatifs obtenus concernant le développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle.....	100
4.2	La présentation des résultats qualitatifs obtenus concernant l'activité d'apprentissage SHF.....	102

4.3	La présentation des résultats qualitatifs obtenus concernant la grille d'observation des indicateurs comportementaux.	108
5	L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS QUANTITATIFS OBTENUS DU QUESTIONNAIRE	110
5.1	L'interprétation des résultats quantitatifs obtenus concernant l'activité d'apprentissage en SHF.	110
5.2	L'interprétation des résultats quantitatifs obtenus concernant la grille d'observation des indicateurs comportementaux.	111
6	L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS QUALITATIFS OBTENUS DU QUESTIONNAIRE ET DE L'ENTREVUE	111
6.1	L'interprétation des résultats obtenus concernant les caractéristiques des participantes.....	111
6.2	L'interprétation des résultats qualitatifs obtenus concernant l'activité d'apprentissage SHF.....	113
6.2.1	Section I : Guide de breffage du Guide de la facilitatrice et du facilitateur	114
6.2.2	Section II : Consignes aux étudiantes et aux étudiants du Guide de la facilitatrice et du facilitateur	115
6.2.3	Section IV : Étapes et variations possibles du Guide de la facilitatrice et du facilitateur	118
6.2.4	Section VI : Guide de débrefage.....	121
6.2.5	Appréciation générale du Guide de la facilitatrice et du facilitateur	122
6.3	L'interprétation des résultats qualitatifs obtenus concernant la grille d'indicateurs comportementaux	122
7	SYNTHÈSE DES MODIFICATIONS APPORTÉES À L'ACTIVITÉ D'APPRENTISSAGE ET À LA GRILLE D'OBSERVATION DES INDICATEURS COMPORTEMENTAUX.....	124
	CONCLUSION	127
	RÉFRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	132
	ANNEXE A CHAMP D'EXERCICE DE L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE.....	138
	ANNEXE B CHAMP D'EXERCICE DE L'INFIRMIÈRE	139
	ANNEXE C CHAMP D'EXERCICE DE L'INFIRMIÈRE ET DE L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE.....	140
	ANNEXE D GRANDES COMPÉTENCES ET OBJECTIFS VISÉS PAR LE PROGRAMME DE SOINS INFIRMIERS 180.A0.....	141

ANNEXE E	ÉNONCÉ DE LA COMPÉTENCE 01QD	142
ANNEXE F	PRINCIPLE TEAM TRAINING.....	143
ANNEXE G	CERTIFICAT D’APPROBATION ÉTHIQUE (SAINT-JEAN-SUR-RICHELIEU).....	144
ANNEXE H	CERTIFICAT D’APPROBATION ÉTHIQUE (SHERBROOKE)	145
ANNEXE I	FORMULAIRE D’INFORMATION ET DE CONSENTEMENT AU QUESTIONNAIRE DU CÉGEP SAINT-JEAN-SUR- RICHELIEU	146
ANNEXE J	FORMULAIRE D’INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DU QUESTIONNAIRE DU CÉGEP DE SHERBROOKE.....	152
ANNEXE K	CERTIFICAT D’APPROBATION ÉTHIQUE (SHERBROOKE)	155
ANNEXE L	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L’ENTREVUE DU CÉGEP SAINT-JEAN-SUR-LE-RICHELIEU	156
ANNEXE M	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L’ENTREVUE DU CÉGEP DE SHERBROOKE	162
ANNEXE N	QUESTIONNAIRE DE VALIDATION DE L’ACTIVITÉ D’APPRENTISSAGE DE SIMULATION HAUTE-FIDÉLITÉ.....	165
ANNEXE O	SCHÉMA D’ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE	172
ANNEXE P	CORRESPONDANCE ENTRE LES ÉTAPES D’UNE CONCEPTION D’ACTIVITÉS D’APPRENTISSAGE SELON PAILLÉ (2007) ET LA DÉMARCHE DE LA CHERCHEUSE.....	175
ANNEXE Q	GUIDE DE LA FACILITATRICE ET DU FACILITATEUR.....	176
ANNEXE R	GRILLE D’ANALYSE DE DONNÉES QUALITATIVES CONCERNANT LE QUESTIONNAIRE	184
ANNEXE S	GRILLE D’ANALYSE DE DONNÉES QUALITATIVES CONCERNANT L’ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE	186
ANNEXE T	VERSION MODIFIÉE DU GUIDE DE LA FACILITATRICE ET DU FACILITATEUR.....	187

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Énoncé de la compétence : (01QD) Établir des relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants et les éléments de celle-ci	28
Tableau 2	Développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle dans le programme Soins infirmiers <i>180.40</i>	30
Tableau 3	Canevas des scénarios pédagogiques de SCHF Section pédagogique.....	56
Tableau 4	Conception d'activités d'apprentissage selon Paillé (2007)	65
Tableau 5	Cheminement semestriel	75
Tableau 6	Types de postes occupés dans la profession infirmière	877
Tableau 7	Nombre d'années d'expérience comme enseignante	877
Tableau 8	Résultats des données quantitatives des questions 5 à 18 et 30 de l'activité	900
Tableau 9	Résultats des données quantitatives des questions 24 à 27 de la grille	92
Tableau 10	Synthèse des résultats qualitatifs de la question 18	95
Tableau 11	Synthèse des modifications concernant les connaissances pré-requises et les lectures préalables	103
Tableau 12	Synthèse des modifications concernant la section breffage du Guide de la facilitatrice ou du facilitateur	107
Tableau 13	Synthèse des modifications concernant la section débrefage du Guide de la facilitatrice ou du facilitateur	108
Tableau 14	Synthèse des suggestions retenues concernant la grille	123
Tableau 15	Synthèse des suggestions retenues pour l'activité d'apprentissage et la grille	125

LISTE DES FIGURES

Figure 1	The structure of a human activity system	52
Figure 2	Activité d'apprentissage SHF sur la collaboration interprofessionnelle.....	77
Figure 3	Concepts tirés des définitions de la collaboration interprofessionnelle issues du questionnaire.	89
Figure 4	Résultats des participantes à la question 20 issue du questionnaire.	97

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ACO	Anticoagulathérapie orale
CEPI	Candidat à l'exercice de la profession infirmière
CÉR	Comité d'éthique en recherche
CIFI	Centre d'innovation en formation infirmière
CIUSS	Centre intégré de santé et des services sociaux
DEC	Diplôme d'études collégiales
DEP	Diplôme d'études professionnelles
ECOS	Examen clinique objectif structuré
EPM	École professionnelle des métiers
FA	Fibrillation auriculaire
FIQ	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
FIS	Fonds d'investissement stratégique
ICSP	Institut canadien pour la sécurité des patients
INACSL	International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning
HAS	Haute autorité de santé
HTA	Hypertension artérielle
MCAS	Maladie coronarienne athéroscléreuse
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
OIIAQ	Ordre des infirmières et des infirmiers auxiliaires du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
PTI	Plan thérapeutique infirmier
SASI	Santé, assistance en soins infirmiers
SIDIIEF	Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone
SHF	Simulation haute-fidélité
U de S	Université de Sherbrooke
TCC	Traumatisme craniocérébral

INTRODUCTION

Des modifications récentes au cadre législatif de la profession infirmière ont élargi le champ d'exercice infirmier où davantage de responsabilités ont été conférées aux infirmières et aux infirmiers, entre autres en ce qui concerne l'évaluation de la condition physique et mentale ainsi que le leadership infirmier, incluant la collaboration interprofessionnelle. Selon l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) : « Au Québec, depuis l'adoption de la Loi 90 (2002), de la Loi 21 (2009) ainsi que la mise à jour de la Loi 21 (2013) la portée du champ d'exercice infirmier permet de maximiser la contribution infirmière au sein de l'équipe » (OIIQ, 2015, p. 2). Ces modifications législatives fournissent des leviers permettant de maximiser les compétences des infirmières et des infirmiers. Celles-ci et ceux-ci sont placés au cœur de l'équipe soignante. Cette équipe est constituée de différentes intervenantes et différents intervenants du domaine de la santé œuvrant auprès des patientes ou des patients et collaborant à un but commun : assurer la qualité des soins.

La collaboration interprofessionnelle est primordiale pour assurer la pleine occupation du champ infirmier en maximisant les nombreux actes infirmiers. La collaboration devient une compétence importante à développer chez les étudiantes et les étudiants inscrits dans le programme de Soins infirmiers. Pour consolider et développer cette compétence, les étudiantes et les étudiants doivent être mis en contact avec les différentes intervenantes et intervenants du milieu de la santé, mais encore faut-il que la situation clinique se présente ou que le contexte se prête au rythme de l'étudiante ou l'étudiant en apprentissage. Le manque de standardisation d'activités d'apprentissage qui favorisent le développement, de manière systématique, de la collaboration interprofessionnelle afin de faciliter l'intégration des différents rôles au sein de l'équipe soignante constitue notre problème de recherche. Le type de recherche utilisée est la conception d'une activité d'apprentissage.

Dans le premier chapitre, nous commençons par la description du contexte de la recherche en expliquant la notion de qualité de soins, la distinction des intervenantes et des intervenants, les modifications législatives, les compétences du programme de Soins infirmiers et les activités d'apprentissage qui visent le développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle dans le programme de Soins infirmiers. Le chapitre se termine par la description du problème de recherche suivi de l'objectif général de recherche.

Dans le deuxième chapitre, nous exposons le cadre de référence sur lequel s'appuie notre recherche. À la suite de la recension des écrits, les concepts de compétence, de collaboration ainsi que d'activités d'apprentissage, notamment la simulation haute-fidélité, constituent les assises de ce cadre. Nous terminons ce chapitre en précisant les objectifs spécifiques de l'essai.

Dans le troisième chapitre, nous faisons la présentation des choix méthodologiques : l'approche méthodologique et le type d'essai choisi, l'identification des participantes et des participants à la recherche, les méthodes et les instruments de collecte de données ainsi que les modalités d'analyse de données, le déroulement, les considérations éthiques tout en terminant avec les quatre critères méthodologiques assurant la rigueur et la scientificité.

Le chapitre quatre comprend la présentation et l'interprétation des résultats. La première partie du chapitre dévoile les résultats obtenus par les différentes techniques de collecte de données, soit les questionnaires et les entrevues. La seconde partie porte sur l'interprétation des résultats. Ces résultats découlent de la validation de l'activité d'apprentissage effectuée auprès des enseignantes et des enseignants qui ont accepté de participer à la collecte de données de notre recherche.

Finalement, la conclusion propose une synthèse des idées principales qui se dégagent de notre recherche. Enfin, nous verrons les retombées envisagées dans la pratique professionnelle et quelques pistes à considérer pour des recherches futures.

PREMIER CHAPITRE

LA PROBLÉMATIQUE

Le premier chapitre de cet essai traite de la problématique. Dans le but de bien cerner celle-ci, ce chapitre se divise en trois parties. Nous présentons d'abord le contexte propre à notre recherche, par la suite, nous abordons les éléments qui constituent le problème de recherche et à la fin de ce chapitre, nous précisons le but général de la recherche.

1 CONTEXTE DE L'ESSAI

Cette section sert à décrire le contexte particulier de notre recherche. La partie qui suit explique tout d'abord la notion de qualité de soins. Par la suite, nous précisons la nature de la composition de l'équipe de soins, c'est-à-dire les membres qui forment cette équipe. Nous distinguons certaines catégories d'intervenantes et d'intervenants qui font partie de l'équipe soignante, leurs parcours respectifs ainsi que leurs rôles et leurs responsabilités à l'égard de la patiente ou du patient. Ces catégories se composent de la préposée aux bénéficiaires ou du préposé aux bénéficiaires, de l'infirmière auxiliaire ou de l'infirmier auxiliaire et de l'infirmière ou de l'infirmier. Nous présentons les modifications législatives survenues dans le Code des professions. Puis, nous terminons cette section avec la présentation de la compétence de collaboration interprofessionnelle du programme Soins infirmiers au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu.

1.1 Notions sur la qualité des soins infirmiers

De prime abord, pour bien comprendre le contexte de notre recherche, il importe de préciser un concept important, c'est-à-dire la notion de la qualité des soins infirmiers. Selon l'Organisation mondiale de la santé ou l'OMS (2006, dans SIDIIEF, 2015, p. 7), la qualité de soins se définit comme : « la délivrance à chaque patient de l'assortiment d'actes

diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, au moindre risque et pour sa plus grande satisfaction ».

Les infirmières et les infirmiers ont toujours été préoccupés par la qualité et l'excellence des soins prodigués à leurs patientes et leurs patients pour assurer la sécurité de ceux-ci. Selon le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) :

La qualité des soins n'est pas une dimension facile à mesurer. De plus, le niveau optimal de qualité ne fait pas l'objet d'un consensus universel. La qualité des soins est dépendante des ressources humaines et financières, des normes professionnelles, des normes des établissements ainsi que des structures disponibles en matière d'équipements, de technologies, etc. Ces variables peuvent différer de pays en pays ou d'établissement en établissement (*Ibid.*, 2015, p. 13.).

Nous insistons sur le fait que la qualité de soins est influencée, entre autres, par les ressources humaines. Ces ressources humaines ont subi au fil des ans des coupes budgétaires et les restructurations du système de santé.

Au Québec, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) s'assure de la qualité de soins, régit les normes professionnelles et détermine les valeurs professionnelles qui sont : l'intégrité, le respect de la personne, l'autonomie professionnelle, la compétence professionnelle, l'excellence des soins, la collaboration professionnelle et l'humanité (OIIQ, 2014). En 2015, l'OIIQ établissait un lien entre la prestation sécuritaire des soins infirmiers et la composition des équipes de soins en fonction de la législation actuellement en vigueur. De plus, il vise l'utilisation optimale du champ d'exercice infirmier et la pleine réalisation des activités infirmières qui y sont associées.

Il est essentiel d'insister sur le point suivant et de le préciser. La qualité des soins et la sécurité des soins infirmiers sont tributaires du travail collectif des membres présents dans les équipes de soins. En 2006, l'Association des infirmières et des infirmiers associés de l'Ontario (AIIO) a énoncé des lignes directrices sur les soins en collaboration au sein des équipes de soins. Elles ont pour but de favoriser des milieux de travail sains pour donner

suite aux nouvelles réalités. À la suite de l'analyse des données probantes, l'AIIO (2006) recommande :

Afin d'améliorer les résultats, il est important d'accroître la contribution de chacun des membres de l'équipe. Ils doivent plutôt se concentrer pour travailler avec les autres professionnels de l'équipe et d'une manière complémentaire plutôt que d'être en compétition avec eux (p. 31).

La situation actuelle nécessite de plus en plus un travail d'équipe, c'est-à-dire un travail de collaboration professionnelle qui passe par la complémentarité des rôles et des tâches. Par contre, « le principal souci des professions est de se diviser un ensemble de services et de tenter de s'étendre pour acquérir de nouveaux territoires » (D'Amour, 1997, p. 11). L'AIIO souligne que « les professionnels sont placés régulièrement et constamment dans une dynamique de compétition [et] de rivalité » (*Ibid.*, p. 22).

Concrètement, dans les milieux de santé, les intervenantes et les intervenants prennent individuellement en charge des patientes et des patients au lieu de travailler en équipe et de former une dyade soignante en se répartissant les différentes tâches et les différents soins à prodiguer. Le travail est fait en vase clos, c'est-à-dire qu'une intervenante ou un intervenant s'occupe de certaines patientes ou certains patients et que l'autre s'occupe des autres patientes et patients, au lieu de partager les tâches et d'agir de manière complémentaire. « Malheureusement, cette répartition du travail sur plusieurs personnes [...] est souvent une simple juxtaposition de travailleuses et non pas une véritable organisation d'une équipe avec sa dynamique et les fonctions qui en font la valeur » (Phaneuf, 2013, p. 1). La division désorganisée des tâches apporte une surcharge de travail pour tous les intervenantes et les intervenants.

Il faut préciser que l'organisation du travail est définie localement, c'est-à-dire que c'est l'établissement de soins qui la définit et détermine la façon de fonctionner. Ces pratiques locales ne font qu'amplifier la division désorganisée du travail d'équipe puisque la standardisation est déficiente. Une des hypothèses qui expliquent cette désorganisation, attribue la confusion dans les équipes soignantes à l'implantation des équipes de soins :

Depuis, ces équipes ont souvent été composées sans analyse préalable et formées au gré du hasard de l'arrivée des postulantes, des ouvertures disponibles et des remplacements à effectuer. La plupart du temps, nées du chaos, les équipes demeurent encore de nos jours, formées selon les aléas du moment et du milieu, comme si la dynamique qui devait les animer, comme si la complémentarité des capacités et l'utilisation maximale des énergies disponibles, n'étaient pas importantes (*Ibid.*, 2013, p. 1).

Ainsi, les données probantes, les observations et les écrits rapportent que la collaboration entre les intervenantes et les intervenants sur les unités de soins est vécue difficilement et qu'une certaine compétition règne.

1.2 Distinction des intervenantes et des intervenants de la santé

Il est opportun à ce point-ci de présenter les différentes catégories d'intervenantes et d'intervenants de la santé qui œuvrent dans le domaine et qui composent les membres de l'équipe de soins. Une brève description des formations scolaires nécessaires, des tâches à accomplir, des activités prévues et des responsabilités suit dans la prochaine partie.

1.2.1 Préposée ou préposé aux bénéficiaires

Historiquement, la ou le préposé aux bénéficiaires était appelé l'aide-soignant, appellation qui a pratiquement disparu sur les unités de soins. Compétences Québec (2017), un organisme à but non lucratif qui favorise la promotion des professions du secteur professionnel, rapporte qu'actuellement la formation se nomme : Assistance à la personne en établissement. La ou le préposé aux bénéficiaires est formé au secteur professionnel, c'est-à-dire que l'élève fréquente une école des métiers, où seulement la discipline principale est enseignée, il n'y a donc pas de discipline contributive ou de discipline de formation générale. La durée totale de formation est de 750 heures réparties entre des cours théoriques, des cours en laboratoire ainsi que des heures de stage clinique. À la fin de son parcours scolaire, elle ou il détient un diplôme d'études professionnelles (DEP). Le descriptif bref des tâches de la préposée ou du préposé aux bénéficiaires serait d'assurer les soins de base des patientes et des patients, de veiller à leur confort et de les assister. La ou le préposé aux bénéficiaires est sous la responsabilité de l'infirmière ou l'infirmier

responsable de la patiente ou du patient. Elle ou il est un membre important de l'équipe de soins puisqu'en rapportant ses observations aux autres membres de l'équipe, elle ou il contribue à la continuité des soins. Elle ou il est un des acteurs de première ligne quant aux soins administrés aux patientes ou aux patients.

1.2.2 Infirmière ou infirmier auxiliaire

L'infirmière auxiliaire ou l'infirmier auxiliaire est issu aussi du secteur professionnel, c'est-à-dire que la totalité de la formation est consacrée à l'apprentissage de la profession. Compétences Québec (2017a), rapporte que la formation se nomme : Santé, assistance et soins infirmiers (SASI). La durée totale est de 1800 heures, les cours comprennent un enseignement théorique, des cours en laboratoire et des stages cliniques. L'élève qui a terminé ses études du programme de formation Santé, assistance et soins infirmiers (SASI) se voit décerner un diplôme d'études professionnelles (DEP). Pour pratiquer, la diplômée ou le diplômé doit être membre de l'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ). Depuis 2012, la finissante ou le finissant doit réussir un examen professionnel pour pouvoir pratiquer sa profession. De nombreuses tâches lui sont accordées en matière de soins infirmiers : l'identification des besoins, l'assistance aux besoins, la participation à l'enseignement, l'intervention auprès de différentes clientèles, etc. De plus, la loi 90 (2003) modifie son rôle en lui permettant certaines activités réservées au champ d'expertise des autres intervenantes et intervenants du domaine de la santé, par exemple celui de l'infirmière ou l'infirmier. L'infirmière auxiliaire ou l'infirmier auxiliaire travaille de concert avec le médecin et l'infirmière ou l'infirmier ainsi que la ou le préposé aux bénéficiaires. Son apport à l'équipe de soins est primordial, elle est une professionnelle de la santé ou il est un professionnel de la santé, imputable des actes qu'elle ou qu'il prodigue aux patientes et aux patients. L'annexe A illustre le champ d'exercice et les activités réservées permises à l'infirmière auxiliaire ou l'infirmier auxiliaire (OIIQ, 2014a).

1.2.3 *Infirmière ou infirmier*

L'infirmière ou l'infirmier est issu du programme de Soins infirmiers relevant du secteur technique de la formation collégiale. Le programme d'études Soins infirmiers (180.A0) s'inscrit dans les finalités et les orientations de la formation technique. Il a été conçu suivant le cadre d'élaboration des programmes d'études techniques qui exige, notamment, la participation des partenaires des milieux du travail et de l'éducation. Ce programme collégial est offert dans 42 cégeps, ce qui en fait le programme offert dans le plus grand nombre de cégeps. La durée totale de formation est de 2805 heures divisées entre la formation générale (660 heures contact) et la formation spécifique (2145 heures contact). De ces 2145 heures contact, 1035 heures sont allouées aux stages cliniques. L'étudiante ou l'étudiant, inscrit dans le programme de Soins infirmiers, doit réussir des cours du programme de Soins infirmiers de différents types : théorie, laboratoire et stage clinique. Elle ou il doit aussi réussir les cours associés aux disciplines contributives : biologie, psychologie, sociologie, en plus de celles de la formation générale (philosophie, français, anglais, éducation physique) ainsi que l'épreuve uniforme de langue. La finissante ou le finissant en Soins infirmiers se voit décerner un diplôme d'études collégiales (DEC) lorsque tous les cours et les exigences citées ci-dessus sont réussis. Elle ou il devient candidate ou candidat à l'exercice de la profession infirmière, communément appelé CEPI. Pour avoir le titre d'infirmière ou d'infirmier, elle ou il doit réussir un examen professionnel régi par l'Ordre des infirmiers et des infirmières du Québec (OIIQ). Par la suite, elle ou il devient titulaire du permis d'exercice.

Les actes infirmiers concernent plusieurs aspects : l'évaluation des patientes et des patients, l'analyse et l'interprétation des données ainsi que l'intervention en sont des exemples. Selon Bizier (1995) : « L'infirmière doit prendre des décisions par rapport à la fonction autonome, la fonction interdépendante et la fonction dépendante des soins infirmiers » (p. 14.). L'autonomie professionnelle est spécifique à l'infirmière ou l'infirmier, c'est-à-dire que dans l'équipe soignante composée des membres cités ci-dessus, elle ou il est le seul qui légalement peut agir de façon autonome. Par exemple, elle ou il peut diagnostiquer des problèmes infirmiers et les résoudre, elle ou il peut aussi décider

d'appliquer une ordonnance collective¹, etc. L'annexe B illustre le champ d'exercice et les activités réservées de l'infirmière ou l'infirmier (OIIQ, 2014a).

L'infirmière ou l'infirmier est au centre des soins prodigués aux patientes et aux patients. Elle ou il se doit d'être en mesure de collaborer avec les autres intervenantes et les autres intervenants de la santé pour garantir la qualité ainsi que la sécurité des soins que la patiente ou le patient reçoit. De plus, elle ou il doit s'assurer que l'ensemble des soins a été donné. C'est la pierre angulaire, le pivot de l'équipe soignante.

Nous devons préciser que l'université propose aussi des programmes de sciences infirmières de premier, deuxième et troisième cycles. Tout d'abord, au premier cycle, une formation infirmière initiale, d'une durée totale de trois ans, est proposée aux étudiantes et aux étudiants qui proviennent du programme d'études collégiales Sciences de la nature. Indépendamment du parcours scolaire choisi, qu'il soit universitaire ou collégial, la finalité pour une formation initiale est la même. Le statut de CEPI est octroyé à la suite de la réussite de tous les cours et l'examen professionnel est le même pour être admise ou admis dans la profession infirmière.

Une autre option, la passerelle DEC-BAC, est proposée aux étudiantes et aux étudiants de premier cycle qui proviennent du programme d'études collégiales de Soins infirmiers. Elle se définit par une entente entre certains cégeps et certaines universités, communément appelé Consortium DEC-BAC, visant à offrir une formation intégrée qui reconnaît un certain nombre de crédits universitaires à la formation collégiale. À la suite de la formation universitaire d'une durée de deux ans, les finissantes et les finissants universitaires se voient décerner un diplôme de premier cycle universitaire. Elles et ils se distingueront des finissantes et des finissants du programme collégial parce qu'elles et ils auront aussi la possibilité d'accéder à certains postes nécessitant une formation

¹ Selon OIIQ : « Une ordonnance collective (OC) est une prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de personnes ou pour les situations cliniques déterminées dans cette ordonnance, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles. »

universitaire comme celui de gestionnaire. Pour les besoins de notre recherche, nous nous centrons sur la formation collégiale puisque c'est notre champ d'expertise.

La compréhension des différents rôles professionnels des intervenantes et intervenants gravitant autour des patients et des patientes est un élément essentiel pour chaque membre de l'équipe soignante. Selon l'OIIQ (2015), la compréhension et le développement optimal du rôle professionnel sont des éléments essentiels et permettent notamment une meilleure collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins pour assurer la qualité et la sécurité des soins. De plus, le bon fonctionnement de l'équipe de soins passe par la collaboration interprofessionnelle. Mentionnons à ce propos l'importance du concept de la collaboration interprofessionnelle. Pour illustrer cette collaboration, l'annexe C, nommée Champ d'exercice de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire, présente une illustration des 17 activités réservées à l'infirmière ou l'infirmier ainsi que des 11 activités partagées entre l'infirmière ou l'infirmier et l'infirmière auxiliaire ou l'infirmier auxiliaire (OIIQ, 2014a).

1.3 Les modifications législatives

Récemment, certaines lois (loi 90, 2002 ; loi 21, 2009) sont venues modifier le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Les différentes modifications législatives nécessitent un temps d'adaptation pour les milieux de soins. Ces modifications affectent la tâche des intervenantes et des intervenants dans les milieux de soins.

Plus précisément, la loi 90 (2002) touche certaines professions du domaine de la santé (infirmière ou infirmier, infirmière auxiliaire ou infirmier auxiliaire, inhalothérapeute, médecin, etc.). Elle tend à redéfinir le champ d'exercice infirmier, certaines activités réservées pour chaque profession, des activités en partage, des activités communes à l'ensemble des professions, etc. « Les objectifs visent à abolir les barrières entre les intervenantes et les intervenants de la santé, accroître l'interdisciplinarité ainsi que la multidisciplinarité et à favoriser la collaboration interprofessionnelle » (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), 2009, p. 4). De plus, l'Assemblée

nationale a adopté, en 2009, la loi 21 qui prévoit un nouveau partage des champs d'exercice professionnel dans le domaine de la santé mentale et des ressources humaines. Elle inclut également d'autres intervenantes et intervenants du domaine de la santé que la loi 90 n'avait pas ciblé, par exemple la ou le préposé aux bénéficiaires.

Ces nombreuses modifications, dans un court délai, viennent augmenter la méconnaissance entre les différents rôles des intervenantes et des intervenants, la confusion dans le champ d'activités réservées, en partage ou communes, aux infirmières et infirmiers et aux autres intervenantes et intervenants. Elles affectent également la manière dont l'organisation du travail doit être effectuée. Des guides explicatifs existent pour informer les membres des modifications législatives, mais sans expliciter la façon d'implanter le nouveau fonctionnement de l'équipe. Comme l'explique l'OIIQ (2013) :

Précisons que le travail des intervenantes et des intervenants autres que les membres des ordres professionnels n'est pas décrit de façon détaillée dans le présent guide. En effet, ce guide porte sur les modifications apportées aux lois professionnelles et, surtout, ne vise pas à décrire ou préciser les modalités d'organisation du travail, qui demeurent la responsabilité des employeurs des milieux concernés (p. 11).

Les modifications des champs d'activités (réservées, partagées, etc.) complexifient l'organisation du travail d'équipe dans les milieux de soins infirmiers. Toutefois, les prestations de soins se doivent d'être sécuritaires et de minimiser les risques ou les inconvénients pour les patientes et pour les patients. Ces perturbations et modifications se répercutent également dans les établissements d'enseignement collégial. Pour cette recherche, la collaboration interprofessionnelle se réfère aux catégories suivantes d'intervenantes et d'intervenants qui forment l'équipe soignante : la ou le préposé aux bénéficiaires, l'infirmière auxiliaire ou l'infirmier auxiliaire et l'infirmière ou l'infirmier.

1.4 Les compétences du programme de Soins infirmiers

Le programme de Soins infirmiers (180.A0) n'échappe pas au virage de l'approche par compétence. En 2001, les collèges recevaient l'autorisation du Ministère de l'Éducation d'offrir le programme d'études Soins infirmiers (180.A0) en remplacement de l'ancienne

version 180.01. Conformément à la réforme de l'enseignement collégial, ce programme d'études a été rédigé selon l'approche par compétences en suivant le cadre de l'élaboration des programmes d'études techniques et il a été implanté à l'automne 2001. Ce cadre vise une éducation centrée sur la maîtrise des apprentissages, selon une approche dite par compétences. Il définit la compétence comme :

un pouvoir d'agir, de réussir et de progresser qui permet de réaliser adéquatement des tâches ou des activités de travail et qui se fonde sur un ensemble organisé de savoirs ce qui implique certaines connaissances, habiletés dans divers domaines, perceptions, attitudes, etc. (Gouvernement du Québec, 2002, p. 15).

Les grandes compétences de la composante de formation spécifique de Soins infirmiers sont déterminées localement à partir des objectifs et des standards du ministère. Le profil de la diplômée et du diplômé en découle. Les différents cours de la composante de formation spécifique du programme d'études Soins infirmiers au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu poursuivent le développement des grandes compétences suivantes :

- Intégrer son identité professionnelle en soins infirmiers et s'engager dans un processus de développement continu;
- Adopter une approche partenariale dans ses interactions avec la clientèle et les autres intervenants ou intervenantes;
- Poser un jugement approprié sur une situation clinique en soins infirmiers au moyen d'une méthode systématique;
- Intervenir de façon sécuritaire et adaptée auprès de personnes requérant des soins infirmiers dans divers contextes.

Les objectifs du devis ministériel auxquels se rattachent les quatre grandes compétences sont présentés sous forme d'un énoncé de compétence accompagné d'un certain nombre d'éléments de compétence. L'annexe D présente les grandes compétences et les objectifs visés par la composante de formation spécifique du programme d'études.

1.5 Développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle dans le programme de Soins infirmiers

Les enseignantes et les enseignants du programme de Soins infirmiers (180.A0) ont pour but de développer chez les étudiantes et les étudiants de nouvelles connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles. De plus, elles et ils doivent également inculquer des valeurs professionnelles, ainsi que des attitudes et des habiletés, nécessaires au développement de différentes compétences professionnelles. Notons ici que la collaboration interprofessionnelle est une des valeurs professionnelles reconnues comme fondamentales par l'OIIQ (OIIQ, 2014). De plus, selon le devis de formation du programme d'études de Soins infirmiers (180.A0), la collaboration interprofessionnelle fait partie des compétences à acquérir par les étudiantes et les étudiants inscrits dans le programme.

Pour les besoins de cette recherche, nous avons sélectionné dans le devis ministériel de formation du programme d'études de Soins infirmiers (Gouvernement du Québec, 2007), l'énoncé de compétence concernant la collaboration professionnelle : Établir des relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants (01QD). Le tableau 1 présente l'énoncé ainsi que les éléments de la compétence qui s'y rattachent. Nous présentons à l'annexe E, un tableau exhaustif de l'énoncé de cette même compétence, les éléments de la compétence ainsi que les critères de performance qui y sont associés.

Tableau 1

Énoncé de la compétence : (01QD) Établir des relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants et les éléments de celle-ci

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Travailler en collaboration, au sein d'une équipe de soins ; 2. Coordonner des activités de soins infirmiers; 3. Travailler en interdisciplinarité; 4. Interagir dans des situations de travail conflictuelles; 5. Accomplir des tâches administratives; 6. Gérer de l'information en vue d'assurer la continuité des soins et le suivi. |
|--|

Source : Gouvernement du Québec (2007). *Programme d'études 180.A0 : Soins infirmiers*, Québec : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

Selon le plan de formation du programme de Soins infirmiers au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu (2014), il y a 2145 heures-contact en formation spécifique. Dans ces heures-

contact, 45 heures sont attribuées au développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle. Elles sont divisées dans trois cours de cinquième et sixième sessions à raison de 15 heures par cours. Certaines notions de travail d'équipe et de résolution de conflits se développent selon un processus évolutif, elles sont transmises dans les cours de formation spécifique en première, deuxième, troisième et quatrième session ainsi que dans certaines disciplines contributives (biologie et psychologie).

Le tableau 2 illustre le nombre d'heures attribuées spécifiquement au développement de la compétence ainsi que le nom, le numéro des cours associés et la session à laquelle les cours sont offerts. De plus, nous présentons brièvement dans ce tableau, les types d'activité d'enseignement et les stratégies d'apprentissage utilisés ainsi que les thèmes abordés.

Tableau 2
Développement de la compétence de collaboration
interprofessionnelle dans le programme Soins infirmiers 180.A0

Noms, numéro de cours, session à laquelle le cours est offert	Analyser un cas clinique 3 (180-093) 5 ^e session	Soins et perte d'autonomie (180-18B) 5 ^e session	Soins et santé mentale (180-17B) 6 ^e session
Nombre d'heures totales du cours	45	165	165
Nombre d'heures consacrées à la compétence 01QD Total : 45 heures	15	15	15
Théorie/laboratoire	Théorie (15 h)	Laboratoires (15 h)	Théorie (5 h) et laboratoires (10 h)
Contenus	<ul style="list-style-type: none"> - Rôles et responsabilités des différents intervenantes et intervenants et les limites de leur champ d'exercice - Notions équipe multidisciplinaire - Répartition de tâches et contrôle de la qualité des soins confiés aux autres membres de l'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport à un médecin - Communication efficace - Organisation des soins en lien avec la répartition de tâches et le contrôle de la qualité des soins confiés aux autres membres de l'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> - Notions équipe multidisciplinaire - Communication efficace - Résolution de conflit dans une équipe
Stratégies d'apprentissage et d'enseignement	Exposé magistral, Lecture individuelle Histoire de cas	Animation d'un atelier de collaboration Discussion	Exposé interactif Supervision du travail d'équipe Animation lors de discussion en classe ECOS à l'occasion

Source : Gouvernement du Québec (2007). *Programme d'études 180.A0 : Soins infirmiers*, Québec : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

Nous avons exposé brièvement ce qui est fait en terme du nombre d'heures en théorie et en laboratoire ainsi que les types d'enseignement et les stratégies d'apprentissage utilisés dans ces cours. Nous constatons que la compétence interprofessionnelle est vue dans les cours théoriques et les cours de type laboratoire. Les activités d'apprentissage sont limitées à l'intérieur des cours, sans permettre l'intégration ou l'expérimentation du travail d'équipe avec les autres intervenantes ou intervenants composant l'équipe de soins.

Dans la prochaine section, nous présentons les différentes activités d'apprentissage qui sont utilisées sporadiquement pour compléter les contenus de cours cités ci-dessus et améliorer le développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle.

1.6 Activités complémentaires utilisées pour le développement de la compétence interprofessionnelle

Les cours théoriques et ceux en laboratoire, qui ont été présentés dans la section précédente, sont bonifiés par certaines activités complémentaires pour maximiser le développement de la compétence interprofessionnelle. Pour des raisons qui sont exposées ci-dessous, certaines activités sont effectuées de façon sporadique. Ces activités d'apprentissage peuvent être l'examen clinique objectif structuré (ECOS), les stages et une journée d'activité de collaboration interprofessionnelle.

1.6.1 ECOS

Tout d'abord, nous définissons la première activité d'apprentissage : l'ECOS. Comme l'explique Robidoux (2007), l'examen clinique objectif structuré (ECOS) a fait son apparition dans les années 1970 avec deux chercheurs, Harden et Gleeson, issus du domaine médical. Ce type d'activité d'apprentissage nécessite une patiente ou un patient simulé, c'est-à-dire qu'une personne joue le rôle d'une patiente ou d'un patient selon un scénario prédéterminé. Selon Simoneau (2012), l'ECOS est catégorisée comme simulation clinique de moyenne fidélité, car il est difficile pour les acteurs de répéter fidèlement les scénarios de soins. Tout d'abord, la majorité des situations ECOS se déroule de façon individuelle, mais il peut arriver à l'occasion que la mise en situation demande

l'intervention de deux étudiantes ou étudiants. La première étape consiste en la lecture de la mise en situation par l'étudiante ou l'étudiant. Par la suite, elle ou il se dirige vers la patiente ou le patient simulé. Les étudiantes et les étudiants interagissent avec la patiente ou le patient simulé afin d'accomplir une série de tâches prédéterminées par l'équipe pédagogique permettant de recourir à leurs compétences, et ce, à l'intérieur d'un cadre de temps bien précis. Leur prestation est jugée par une évaluatrice ou un évaluateur qui observe et note la prestation à l'aide d'une grille d'observation. Par la suite, une rétroaction verbale est faite à l'étudiante ou l'étudiant. Un circuit composé d'une séquence de différentes ECOS peut être proposé aux étudiantes et aux étudiants.

Un des avantages de l'ECOS est qu'il s'agit d'une activité d'apprentissage flexible et adaptable. Comme le rapporte Joly, 2013 : « c'est d'ailleurs dans cette optique que plusieurs programmes de formation, notamment dans le secteur de la santé, ont adapté les ECOS en fonction de leurs besoins pédagogiques » (p. 56). Par contre, l'utilisation de personnes jouant le rôle de patiente ou patient simulé constitue une limite, car la majorité des patientes ou des patients simulés sont recrutés sur une base volontaire sans expérience particulière (*Ibid.*, p. 58). De plus, les paramètres vitaux de la patiente ou du patient simulé ne peuvent être déterminés à l'avance ou être modifiés à un moment précis. Toute modification des paramètres vitaux doit être donnée de façon verbale à la demande des étudiantes et des étudiants. Ce dernier point montre que l'ECOS appartient à la catégorie de simulation à moyenne fidélité puisque les manifestations cliniques ne peuvent être simulées en totalité. Joly (Bartfay *et al.*, 2004; Bujack, McMillan, Dwyer et Hazelton, 1991; Chabeli, 2001; Franklin, 2005, dans Joly 2013).

De plus, la réalisation de l'ECOS peut s'avérer difficile quand la qualité des interactions étudiante ou étudiant et enseignante ou enseignant, qui est aussi l'évaluatrice ou l'évaluateur, n'est pas optimale, comme en témoigne le commentaire d'un étudiant questionné sur ses perceptions face à l'ECOS : « Lors des ECOS, il arrive que l'enseignante soit une personne avec laquelle on a moins d'affinités, je ne me sens pas à l'aise avec ça » (Simoneau, 2012 p. 103). L'organisation d'une telle activité demande une grande logistique

pour les locaux, le matériel et la mobilisation de plusieurs personnes : enseignantes ou enseignants, patiente ou patient simulé, etc.

Dans le programme de Soins infirmiers *180.A0*, au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu, l'ECOS était utilisée régulièrement lors des jours de stage, mais pour des raisons d'organisation et de manque d'espace ou d'endroit dédié aux étudiantes et étudiants dans les milieux de stage, l'ECOS a dû être délaissé. Lorsque l'OIIQ l'utilisait comme méthode d'évaluation pour l'examen professionnel, les étudiantes et les étudiants de sixième session du programme *180.A0* devaient se présenter à un circuit ECOS formatif et à un second sommatif, la réussite de ce dernier étant nécessaire à l'obtention du DEC. Ces circuits visaient à préparer les étudiantes et les étudiants à l'examen professionnel. Quand l'OIIQ a délaissé cette méthode d'évaluation, le programme de Soins infirmiers *180.A0* au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu a aussi aboli le circuit sommatif, mais conservé le circuit ECOS formatif pour permettre aux étudiantes et aux étudiants de se préparer à l'épreuve synthèse de programme. L'ECOS est également proposée comme activité d'apprentissage dans certains cours en laboratoire du programme *180.A0*. Des contraintes d'espace, la lourdeur de la préparation et le manque de temps justifient la faible utilisation de l'ECOS.

1.6.2 Stages cliniques

Les stages en milieu clinique représentent une autre activité d'apprentissage utilisée pour développer la compétence de collaboration interprofessionnelle. Elle se rapproche le plus de la profession infirmière puisque les stages se déroulent dans des conditions similaires à la vie professionnelle. Le programme d'études de Soins infirmiers comporte un certain nombre d'heures de stage en milieu clinique qui peut varier d'un cégep à un autre. Par contre, l'OIIQ demande de certifier 1035 heures de stage clinique. Les stages visent l'apprentissage progressif de la profession infirmière au moyen de situations de soins réelles que l'étudiante ou l'étudiant rencontre lors de ces stages, ce qui permet d'intégrer les connaissances théoriques, procédurales et conditionnelles vues en classe. Selon l'OIIQ (2009) : « les stages sont donc l'occasion d'expérimenter divers modes d'intervention auprès de clientèles de tous âges et dans divers milieux d'exercice de la profession » (p. 7).

De plus, « les stages sont un moyen indispensable pour préparer les infirmières à l'exercice de leur profession » (*Ibid.*, p. 8).

En raison de la disparité des milieux de soins et des situations cliniques variables, il nous est impossible de déterminer le nombre d'heures exact attribué au développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle lors des stages cliniques. Par contre, lors des stages cliniques, les étudiantes et les étudiants travaillent en équipe entre eux et, de plus, elles et ils interagissent avec l'infirmière ou l'infirmier responsable du patient ou de la patiente et les autres intervenantes et intervenants. Nous discuterons davantage sur les stages cliniques dans la section concernant le problème de recherche.

1.6.3 Activité de collaboration interprofessionnelle

Pour favoriser le développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle, une activité d'apprentissage a été expérimentée à quelques reprises entre deux établissements d'enseignement : le Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu et l'École professionnelle des métiers (EPM). Une journée a été sélectionnée à la fin de la session, pour permettre à toutes les étudiantes et les étudiants de sixième session d'y participer. Cette journée devait coïncider avec une journée de stage des étudiantes et des étudiants d'EPM pour permettre à toutes les étudiantes et les étudiants de vivre l'expérience. Un total d'une cinquantaine d'étudiantes et d'étudiants a participé à l'une ou l'autre des journées.

Cette activité proposait différentes mises en situation qui demandait aux étudiantes et aux étudiants des deux établissements d'enseignement de former une dyade soignante. Cette dyade reconstituait l'équipe soignante puisque les étudiantes et les étudiants provenant du Cégep jouaient le rôle de l'infirmière ou de l'infirmier et les élèves de la formation SASI de l'EPM, celui de l'infirmière auxiliaire ou de l'infirmier auxiliaire. Leur but commun était d'apprendre à intervenir en collaboration dans les différentes mises en situation. Cette activité a eu lieu à deux reprises, soit en 2013 et en 2014, elle remplaçait une journée complète de stage et durait environ huit heures. Cette activité, couronnée de

succès et soulignée par différents prix², a connu des difficultés d'implantation de façon régulière au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu en raison de diverses contraintes reliées à la réservation des places en stage. Il faut savoir que les stages cliniques sont réservés un an à l'avance et la procédure veut que le cégep réserve les journées nécessaires aux stages et que l'EPM réserve les places libres restantes. Cette procédure apporte des difficultés de logistique et d'organisation pour cette journée puisque les étudiantes et les étudiants provenant de chacune des maisons d'enseignement ne sont pas libres au même moment. De plus, il est plus difficile, voire impossible, de faire des changements dans les horaires de stages, car il y a des impacts majeurs sur plusieurs établissements d'enseignement.

Dans un autre ordre d'idées, les restructurations organisationnelles du système de la santé (la naissance des CIUSSS³) et chez le partenaire, EPM, constituaient des défis pour sa continuité. De plus, la direction du cégep a suggéré d'envisager diverses alternatives impliquant les nouvelles technologies, pour répondre aux besoins de formation actuels et émergents considérant l'évolution de la profession infirmière et les besoins exprimés par nos partenaires du marché du travail, ce qui a également contribué à l'abandon cette activité.

1.7 Projet Fonds d'Investissement Stratégique (FIS)

Le Fonds d'investissement stratégique pour les établissements d'enseignement postsecondaire est un programme qui fournit un investissement de plusieurs millions de dollars pour améliorer les infrastructures dans le but de favoriser les activités de recherche et d'innovation en éducation. Il est soutenu par différents paliers de gouvernement, soit le provincial et le fédéral. Le département de soins infirmiers du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu a été sollicité par la direction du cégep pour soumettre un projet, puisque les locaux ne permettaient pas aux enseignantes et enseignants du programme de développer de

² Ce projet de collaboration a gagné différents prix, notamment en 2013, le Prix Margot Phaneuf en reconnaissance pédagogique de l'Association des enseignantes et des enseignants en soins infirmiers des collèges du Québec et aussi en 2013 le Prix d'Excellence d'innovation du CSSS du Haut-Richelieu-Rouville.

³ CIUSSS : fusion de plusieurs Centres de santé et de services sociaux

nouveaux contextes d'apprentissage répondant aux exigences de plus en plus élevées du marché du travail. Le projet proposé touchait l'aménagement de nouveaux locaux afin d'accueillir une nouvelle technologie. Le projet soumis par le département de soins infirmiers a été choisi par le projet FIS. Dans ce contexte, le Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu a repensé tout l'aménagement des infrastructures dédiées au programme de Soins infirmiers avec une vision moderne et innovante des soins de santé. Ces nouvelles infrastructures ont permis au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu de se doter d'un laboratoire de simulation clinique haute-fidélité avec deux mannequins intelligents qui reproduisent la réalité clinique d'une patiente ou d'un patient.

2. PROBLÈME DE RECHERCHE

Cette partie met l'accent sur les éléments qui constituent le problème de recherche. Force est d'admettre que les modifications législatives entraînent un besoin de clarification des rôles de chacun et l'intégration d'une nouvelle organisation du travail. Ces difficultés constatées dans les milieux de soins se répercutent aussi dans les établissements d'enseignement. Les occasions de travailler en équipe ne sont pas rares dans le programme de Soins infirmiers. Par contre, les étudiantes et les étudiants forment des équipes avec leurs pairs et les occasions d'expérimenter le travail au sein d'une équipe soignante composée des différents intervenantes et intervenants sont rares, peu exploitées ou inexistantes.

Dans la section précédente, nous avons présenté les différentes activités d'apprentissage employées dans le programme de Soins infirmiers 180.A0 au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu, ainsi que les heures attribuées à la compétence de collaboration interprofessionnelle. Une des activités d'apprentissage employées dans le développement de compétences réside dans les stages cliniques. Malgré tous les avantages qu'apportent les stages au développement des compétences des étudiantes et des étudiants, des difficultés existent. Lors des stages cliniques, la gestion des risques est lourde de conséquences tant pour les enseignantes et les enseignants que pour les étudiantes et les étudiants. Ces derniers n'ont pas ou très peu le droit à l'erreur, car celle-ci pourrait être fatale pour la

patiente ou le patient. Ce constat provient des enseignantes et des enseignants, mais aussi du Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI) dirigé par les chercheuses Larue, Pépin et Allard. Cette instance vise à assurer la qualité des soins en examinant les activités d'apprentissage des différents établissements d'enseignement, pour ensuite suggérer des recommandations afin de rendre optimale la formation des infirmières et des infirmiers du Québec (Larue *et al.* 2013). L'augmentation du nombre d'étudiantes et d'étudiants dans le programme, la difficulté de recrutement des superviseurs de stages et une réduction du nombre de milieux de stages pouvant accueillir plusieurs stagiaires en même temps (*Ibid.*, 2013) représentent concrètement les défis auxquels sont confrontés les enseignantes et les enseignants du programme. À ce propos, en 2009, un comité d'experts sur les stages cliniques, mandaté par l'OIIQ, estime que : « tout doit être fait pour réviser les modalités d'exécution des stages afin de les adapter aux nouvelles réalités engendrées par la transformation des contextes de soins » (Simoneau, 2012, p. 2).

Dans un autre ordre d'idées, l'homogénéité du groupe de stage⁴ devient une limite à l'intégration des rôles des différentes intervenantes et différents intervenants puisque chaque membre de l'équipe exerce le même rôle. Une autre limite se trouve dans l'absence de standardisation des contextes d'apprentissage. Il s'avère difficile, voire impossible, de s'assurer que toutes les étudiantes et tous les étudiants auront reçu une expérience clinique riche et similaire pour développer les compétences nécessaires (Deschênes, Fournier et St-Julien, 2016). Il devient ardu de fournir une formation uniforme et universelle. Le nombre d'étudiantes et d'étudiants en stage présente également une limite au développement de certaines compétences. Larue *et al.* (2013) rapportent que « le nombre d'étudiantes assigné à une unité de soins influence les opportunités d'apprentissage de chacune » (p. 30). Dans plusieurs cégeps, le nombre de stagiaires se situe entre six à sept étudiantes et étudiants pour une superviseure ou un superviseur de stage qui est une enseignante ou un enseignant du programme. De plus, lorsque le nombre d'étudiantes et d'étudiants par milieu de stage est élevé, les expériences d'apprentissage ne sont pas

⁴ Les groupes de stage dans le programme d'études de Soins infirmiers sont composés d'étudiantes et d'étudiants de la même session.

maximisées (*Ibid.*, p. 30). À ce jour, encore aucune étude ne s'est penchée sur le nombre optimal de stagiaires dans un groupe de stage clinique.

En résumé, les stages cliniques offrent la possibilité de développer les compétences des futurs professionnels de la santé. Ils sont des milieux riches en situation d'apprentissage. Cependant, il est nécessaire de bien préparer les étudiantes et les étudiants avant les stages pour diminuer les risques énoncés plus haut et assurer la sécurité des patientes et des patients. De plus, nous réitérons les difficultés soulevées par différents auteurs (Deschênes *et al.*, 2016 ; Larue *et al.*, 2013) quant à la disparité des expériences cliniques ce qui entraîne une variation dans la formation. Les enseignantes et les enseignants du programme de Soins infirmiers sont confrontés à de nouveaux défis.

Nous sommes donc confrontés à de nouveaux défis en enseignement dans le domaine de la santé : favoriser le jugement par des stratégies pédagogiques agissant en complémentarité aux stages cliniques et faire en sorte que les étudiants arrivent bien préparés à la pratique professionnelle, en permettant l'apprentissage par erreur, mais tout en préservant la sécurité des patients (Deschenes *et al.*, 2016, p 15).

Certes, les stages favorisent le développement des compétences, mais qu'en est-il du développement de la compétence : Établir des relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants (01QD)? Plusieurs auteures et auteurs (Kozier, Erb, Berman et Snyder, 2004; Lingard, 2012) sont unanimes en ce qui concerne l'importance de clarifier et d'intégrer les rôles de chaque membre de l'équipe. Notons ici une des conclusions de Lingard (2012) concernant la nécessité d'enseigner le concept de collaboration dans le cursus de formation. Selon l'auteur, il est primordial de l'inclure dans la formation pour former des intervenantes et des intervenants de la santé efficaces, professionnels et surtout capables de travailler en collaboration avec différents types de professionnels, pour assurer la qualité et la sécurité des soins à la population. Pour consolider et développer cette compétence, les étudiantes et les étudiants doivent être mis en contact avec les différents intervenantes et intervenants du milieu de la santé, mais encore faut-il que la situation clinique se présente ou que le contexte se prête au rythme de l'étudiante ou l'étudiant en apprentissage.

Les différentes activités réservées ou partagées de la profession infirmière et d'autres notions ont été enseignées dans le cadre d'un cours théorique ou d'un cours de laboratoire tel qu'indiqué dans le tableau 2. Par contre, nous nous interrogeons sur l'intégration de ces notions dans leur pratique professionnelle. Nous avons démontré que l'expérience en stage varie d'une étudiante ou d'un étudiant à l'autre et qu'il est difficile de tous les exposer aux mêmes situations qui nécessitent la collaboration interprofessionnelle. Il devient laborieux, pour les étudiantes et les étudiants, d'intégrer les différents rôles au sein de l'équipe soignante, donc de mettre en application la compétence de collaboration interprofessionnelle. Pour les enseignantes et les enseignants, il est difficile d'exposer les étudiantes et les étudiants à des situations d'apprentissage qui permettent d'intégrer les différents rôles au sein de l'équipe de soins ainsi que d'évaluer cette intégration. De plus, celle-ci se limite à la collaboration entre étudiantes et étudiants et quelques fois avec l'infirmière ou l'infirmier responsable de la patiente ou du patient.

Simoneau (2012) souligne que : « Le développement d'attitudes et de comportements qui facilitent le travail en interdisciplinarité constitue un volet important de la formation en soins infirmiers et en techniques d'inhalothérapie » (p. 77). Certaines difficultés sont identifiées : l'intégration de la répartition du travail entre les infirmières auxiliaires, les infirmiers auxiliaires par rapport à celui des infirmières, des infirmiers incluant aussi les CEPI et les externes en soins infirmiers,⁵ le manque de standardisation des contextes d'apprentissage et l'homogénéité des groupes de stages. « Les infirmières de la relève signalent qu'il existe un décalage trop grand entre la formation scolaire, incluant les stages [...] et la réalité du milieu de travail » (Simoneau et Paquette, 2014, p. 9).

De plus, selon Simoneau et Paquette, les finissantes et les finissants qui débutent leur pratique dans les milieux de soins, trouvent difficile de collaborer avec l'infirmière auxiliaire ou l'infirmier auxiliaire, la ou le préposé aux bénéficiaires puisqu'elles et ils manquent de connaissances sur l'organisation et l'arrimage du travail concernant les

⁵ Selon OIIQ : « toute personne qui, depuis douze mois ou moins, a réussi sa deuxième année d'études collégiales en soins infirmiers ou au moins 60 crédits en sciences infirmières peut être externe. »

activités réservées à l'infirmière ou l'infirmier, les activités que l'infirmière auxiliaire ou l'infirmier auxiliaire et la ou le préposé peuvent accomplir. « Plusieurs CEPI ont indiqué que la réalité du monde du travail est fort différente de celle vécue dans les milieux de stages. [...] nombreuses sont les candidates qui trouvent difficile de coordonner une équipe de soins » (*Ibid.*, p. 20).

Ces difficultés nous amènent à circonscrire le problème de recherche comme étant le manque d'activités d'apprentissage qui favorisent le développement, de manière systématique, de la collaboration interprofessionnelle chez toutes les étudiantes et tous les étudiants dans le programme de Soins infirmiers au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu afin de faciliter l'intégration des différents rôles au sein de l'équipe soignante.

3. OBJECTIF GÉNÉRAL

Ces constats nous incitent à nous interroger sur la façon dont les étudiantes et les étudiants pourraient développer de façon optimale cette compétence de collaboration interprofessionnelle, ce qui est essentiel pour atteindre l'excellence de la profession infirmière. Nous sommes consciente de la complexité impliquée dans le développement de cette compétence, plus spécifiquement, de la méconnaissance de la distribution optimale des tâches concernant les rôles de chaque intervenante et intervenant ainsi que du manque de standardisation des contextes en stage. Nous constatons le manque d'activité d'apprentissage pour le développement systématique de la compétence de collaboration interprofessionnelle dans le programme de Soins infirmiers au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu. Ce constat nous amène à l'objectif général poursuivi dans cette recherche : développer la compétence de collaboration interprofessionnelle chez les étudiantes et les étudiants de sixième session en Soins infirmiers à l'aide d'une activité de simulation haute-fidélité favorisant l'intégration des différents rôles au sein de l'équipe soignante.

DEUXIÈME CHAPITRE

LE CADRE DE RÉFÉRENCE

Le chapitre précédent nous a permis de soulever des constats et des difficultés vécues par des enseignantes et des enseignants concernant le développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle des étudiantes et des étudiants du programme de Soins infirmiers.

Ces différents constats ont fait émerger l'objectif général de cette recherche : développer la compétence de collaboration interprofessionnelle chez les étudiantes et les étudiants de sixième session en Soins infirmiers à l'aide d'une activité de simulation haute-fidélité favorisant l'intégration des différents rôles au sein de l'équipe soignante. Afin d'apporter des pistes de solutions à nos interrogations, nous référons à trois concepts principaux, le premier étant la compétence, le second la collaboration interprofessionnelle et le troisième la simulation haute-fidélité. Dans un premier temps, nous présentons les définitions trouvées dans les écrits pour chacun de ces concepts. Ils sont explicités selon la recension des écrits. Chaque partie de ce chapitre fait référence aux trois concepts principaux. Cette recension des écrits nous amène donc à l'élaboration des objectifs spécifiques de cette recherche qui constitue la dernière partie de ce chapitre.

1 LE CONCEPT DE COMPÉTENCE

Depuis les dernières années, le mot compétence a pris beaucoup d'importance dans le milieu de l'éducation. Nous pouvons penser à l'approche par compétences qui a remplacé l'approche par objectifs dans les différents milieux de l'éducation. Pour bien comprendre cette recherche, il faut prendre le temps de définir le concept de compétence. La majorité des définitions font ressortir la complexité de la notion de compétence et démontrent qu'il s'agit d'un processus qui fait appel aux fonctions cognitives supérieures.

Pour Perrenoud (1995), la compétence est définie comme un savoir-agir fondé sur la mobilisation et l'utilisation efficaces d'un ensemble de ressources. Ces ressources sont d'ordre cognitif et elles traitent l'information d'une situation complexe. Selon Perrenoud (1995), les ressources cognitives sont d'ordres différents, elles peuvent prendre la forme : de schèmes, de perceptions, de pensées, d'actions, d'intuitions, de suppositions, d'opinions, de valeurs, de représentations construites du réel et du savoir. Tardif (2006) abonde dans le même sens que Perrenoud (1995), c'est-à-dire que la compétence est : « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (p. 22).

L'auteure suivante inclut la notion de connaissance comme élément constitutif dans la notion de compétence. Pour Legendre (s.d.), la compétence est un ensemble de connaissances déclaratives et procédurales qui permettent lors d'une situation d'accomplir une certaine tâche spécifique de façon adaptée. Pour l'auteure, les connaissances sont une composante nécessaire, mais insuffisante de la compétence, elle affirme : « on a besoin de connaissances pour être compétent [...], mais le seul fait de posséder des connaissances ne rend pas nécessairement compétent » (*Ibid.*, p. 17). L'accumulation de connaissances ne garantit pas la compétence dans un domaine, c'est la capacité de mobiliser ses connaissances et ses ressources dans une situation particulière qui développe la compétence. La situation particulière équivaut au contexte. « Une personne compétente non seulement reconnaît la similarité entre diverses situations, mais elle sait également s'adapter aux nuances de chaque situation appartenant à une famille de situations semblables » (Basque, 2015, p. 3).

Pour cette recherche, nous avons consulté plusieurs définitions du concept de compétence (Tardif, 2006; Perrenoud, 1995 ; et Legendre, s.d.). Nous retenons celle comme étant la capacité de mobiliser ses ressources, celles-ci englobant plusieurs acquis d'ordres différents qui permettent de résoudre une situation authentique. Le transfert des compétences dans des situations similaires est un élément important que nous voulons souligner. Nous retenons aussi que les connaissances font partie intégrante des compétences, mais que l'accumulation de celles-ci ne rend pas nécessairement compétent.

La compétence de collaboration et ses éléments ayant déjà été présentés dans le chapitre précédent, nous en expliquons le concept dans la prochaine section.

2 LE CONCEPT DE COLLABORATION

Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre précédent, l'OIIQ (2014) demande à ses membres d'adhérer aux valeurs professionnelles visant à assurer la protection du public en prodiguant des soins de qualité optimale. De plus, comme nous l'avons démontré dans le chapitre précédent, la collaboration est une compétence ministérielle que les étudiantes et les étudiants en Soins infirmiers doivent acquérir dans le parcours collégial. À cet effet, cette section présente donc différentes définitions et certaines théories de la collaboration. De plus, nous précisons la définition de la collaboration interprofessionnelle incluant les conditions essentielles et les avantages y étant reliés.

2.1 Définitions de la collaboration

Il importe de répertorier quelques définitions qui se retrouvent dans la recension des écrits. Le Petit Robert (2011) définit la collaboration comme : « aide, appui, concours, coopération, participation. Travailler en commun à une entreprise, à une œuvre. Travailler avec d'autres à une œuvre commune, qui regroupe ou concerne plusieurs professions » (p. 466).

Pour donner suite à la définition précédente, nous nous devons de clarifier les concepts de coopération et de collaboration. Selon Deschênes et Parent (2008), les deux concepts sont différents. Les auteures font ressortir la distinction entre les deux dans le domaine de l'éducation. Elles affirment que les apprentissages collectifs s'appuient sur deux concepts centraux : la collaboration et la coopération. Selon elles, il y a différentes solutions pour amener les apprenants à construire ensemble leurs connaissances. Parmi elles se trouve la coopération, qui implique la répartition de la tâche entre les membres d'un groupe et la collaboration, qui suppose que chaque membre utilise ses ressources pour aider le groupe à atteindre un but commun (*Ibid.*, p. 6). La collaboration et la coopération font partie intégrante de l'approche socioconstructiviste. Celle-ci développe des apprentissages

en profondeur. Puisque les étudiantes et les étudiants échangent sur leur compréhension de différents concepts et doivent expliquer à leurs pairs la matière, les nouvelles connaissances et leur interprétation d'une situation, elles et ils doivent employer des habiletés supérieures. De plus, un des principes fondamentaux du socioconstructivisme est que l'étudiante ou l'étudiant pourra confronter son interprétation ou sa conception d'un concept à celui des autres étudiantes et étudiants. Cela lui permettra de valider si sa compréhension de ce concept est correcte ou de la reconstruire à partir de ses contacts avec ses pairs. Ainsi, l'approche collaborative utilise la vision des pairs comme une ressource pour développer le savoir. Pour ces motifs, nous retenons le terme de collaboration, car ces notions peuvent s'appliquer aussi à d'autres types de collaboration, plus précisément la collaboration interprofessionnelle.

L'Agence de la santé publique du Canada (2004) définit la collaboration comme étant : « une relation reconnue établie entre différents secteurs ou groupes dans le but de s'attaquer à un problème et assurant une plus grande efficacité ou durabilité dans l'action que si le secteur de la santé publique, par exemple, agissait seul » (p. 1). La définition fait ressortir les notions importantes d'efficacité et de durabilité de l'action collaborative, ce qui confirme sa pertinence pour notre recherche.

2.2 Théories de la collaboration

L'absence de consensus au sein des équipes de recherche, au sujet de la terminologie concernant la collaboration, reflète la présence d'une multitude de théories. Robidoux (2007) présente certaines de ces théories. Nous en avons sélectionné quelques-unes et nous les avons classées en cinq grandes catégories :

1. Les théories de l'échange qui voient la collaboration comme un moyen de maximiser les bénéfices. Ces théories sont inspirées par la psychologie, la sociologie et les sciences politiques ;

2. Les théories de l'attraction qui voient la collaboration à travers des facteurs (valeurs, confiance) qui rapprochent les individus. Plusieurs travaux s'y réfèrent : Mayer, Davis et Schoorman (1995) et McAllister (1995) cités par Robidoux (2007) ;
3. Une autre théorie aborde la collaboration par la perception de l'équité, c'est-à-dire qu'il y a collaboration et équité ou conflit. L'écart de pouvoir sert de référence pour expliquer la collaboration. Certains auteurs s'y appuient, dont Dahl (1957) et Pfeffer ainsi que Salancik (1978) comme le cite Robidoux (2007) ;
4. Les théories du modelage axées sur l'apprentissage collectif démontrent que la collaboration apparaîtrait à la suite de la pression des individus, du groupe et d'un certain système de valeurs où des normes supporteraient cette collaboration. Certains auteurs l'utilisent, dont Barker (1993) et Peters (1988) dans leurs travaux cités par Robidoux (2007) ;
5. Les théories de la structuration sociale s'intéressent à la collaboration et à l'influence que les structures sociales (positions sociales des individus, des groupes, des instituts) ont sur la collaboration. Certains auteurs se basent sur cette théorie dans leurs travaux (1987, Giddens ; D'Amour, 1997, dans Robidoux, 2007).

Pour les besoins de notre recherche, nous nous inspirons de la théorie du modelage axée sur l'apprentissage collectif qui rejoint notre visée de recherche : « miser sur une idéologie normative plutôt que sur des structures hiérarchiques autoritaires et des règles rigides de contrôle » (Robidoux, 2007, p. 5). Pour certaines auteures et certains auteurs (Giddens, 1987 ; Peters, 1988 ; Barker, 1993; D'Amour, 1997, dans Robidoux, 2007), c'est la volonté à collaborer qui constitue le facteur le plus important dans la mise en place d'une pratique collaborative. Celle-ci dépendrait de l'éducation professionnelle reçue. Il est intéressant de noter que l'OIIQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux font de la collaboration interprofessionnelle une norme, une valeur et une compétence professionnelle à acquérir. Nous souhaitons que les étudiantes et les étudiants mobilisent leurs ressources personnelles et qu'une mise en commun de celles-ci permette de développer maximale-

la compétence de collaboration interprofessionnelle. Nous nous inspirons de la théorie du modelage axée sur l'apprentissage collectif pour développer le travail en collaboration qui s'inscrit dans l'approche socioconstructivisme de l'apprentissage. Cette approche est déjà utilisée dans le programme Soins infirmiers, dans la résolution de cas clinique, l'approche par problème, etc., car elle oblige les étudiantes et les étudiants à collaborer entre eux.

2.3 Définitions de la collaboration interprofessionnelle

Il est opportun ici de démystifier les termes multi, pluri et inter professionnel. Les trois termes ont été par le passé interchangeables, car ils sont presque synonymes selon Legendre (2005). En ce qui concerne les préfixes multi ou pluri, nous utilisons la définition de Legendre (2005). La pluridisciplinarité impliquerait quelques disciplines isolées plus ou moins voisines, et la multidisciplinarité, plusieurs disciplines isolées parfois sans rapport apparent entre elles, qui travaillent de façon isolée à un but commun. Tandis qu'une équipe interdisciplinaire ou interprofessionnelle constituerait un partenariat où des membres de différents domaines travaillent en collaboration vers l'atteinte d'un objectif commun. Nous devons souligner l'importance de la notion de partage.

Nous présentons maintenant les définitions de la collaboration interprofessionnelle. Tout d'abord, l'OIIQ (2014) la définit comme un agir en partenariat avec d'autres professionnels et intervenants, en vue d'assurer et d'optimiser la qualité et la sécurité des soins et les services à la clientèle. Kozier, Erb, Berman et Snyder (2004) font ressortir les mêmes caractéristiques, c'est-à-dire : « A collegial working relationship with another health care provider in the provision of client care » (p. 1447). Nous ne pouvons pas parler de collaboration interprofessionnelle sans parler de D'Amour, auteure de plusieurs recherches sur le sujet de la collaboration interprofessionnelle. Elle l'a définie en 1997, comme suit :

La collaboration interprofessionnelle est ainsi conçue comme la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interactions entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et de ces deux éléments avec des structures englobantes (D'Amour, 1997, p. 104).

En résumé, la collaboration interprofessionnelle consiste en un partenariat, une mise en commun (expérience, habiletés, connaissances, etc.) et des relations de collégialité entre les différents intervenants du domaine de la santé ayant comme but commun les soins de santé optimaux pour les patientes et les patients. Nous verrons dans la prochaine partie les conditions nécessaires à cette collaboration interprofessionnelle.

2.4 Conditions essentielles à la collaboration interprofessionnelle

Certaines conditions doivent être présentes pour que la collaboration se déroule dans des conditions optimales et que celle-ci perdure. Lonchamp (2007) distingue trois conditions de base à l'apprentissage de la collaboration :

1. Une participation sensiblement égale de tous les apprenants;
2. Une véritable interaction entre les apprenants;
3. La production des connaissances nouvelles par le collectif.

D'Amour (2001) abonde dans le même sens que Lonchamp (2007), mais elle apporte des précisions quant à la définition de la collaboration interprofessionnelle émise ci-dessus. D'Amour (2001) souligne la notion de construction collective, c'est-à-dire que la collaboration interprofessionnelle se développe entre les individus qui s'unissent, à travers un processus de négociation, pour réaliser un but ou un projet commun. L'auteure expose les conditions essentielles reconnues pour établir une collaboration interprofessionnelle :

1. Partager un projet commun;
2. Se faire confiance et se sentir partenaire;
3. Formaliser les relations sous forme d'ententes négociées ou consensuelles.

Tout d'abord, le projet commun ou le but commun consiste à promouvoir des soins de qualité optimale exempts de conséquences néfastes ou à minimiser celles-ci. Par ailleurs, l'existence d'un lien de confiance dans une équipe de soins est primordiale. Le partage du pouvoir et le respect mutuel dans une relation égalitaire font partie de la seconde condition. Les relations professionnelles ainsi que la répartition de la tâche passent par la

communication professionnelle, respectueuse et efficace. Cette communication est essentielle pour poursuivre le but commun de soigner en toute sécurité. Selon un groupe de travail de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP, 2011), les communications efficaces dans les unités de soins assurent la sécurité des patients. Comme Kozier *et al.* (2004) le soulignent : « Effective communication can occur only if the involved parties are committed to understanding each other's professional roles and appreciating each other as individual » (p. 112).

D'Amour (2001) estime que pour formaliser les relations, il doit y avoir une clarification des rôles, des responsabilités et des champs d'imputabilité de chaque membre de l'équipe. Cette dernière condition essentielle rejoint des éléments du problème que nous avons identifiés dans cette recherche, c'est-à-dire que la méconnaissance d'intégration des rôles et l'absence de consensus sur l'intégration de l'organisation des soins entravent la collaboration interprofessionnelle.

Une étude ethnographique *Representing complexity well : a story about teamwork, with implications for how we teach collaboration*, de Lingard (2012), visait à observer une équipe de travail dans une unité de transplantation d'organes. Pendant quatre mois, ils ont étudié la collaboration et le travail d'équipe dans cette unité. Cette étude avait pour but d'explorer la complexité de la collaboration au sein d'une équipe de travail et de comprendre les modes d'implication de celle-ci. La première conclusion de l'étude révèle que la compréhension des différents rôles de chaque membre de l'équipe s'avère primordiale. Comme l'énonce l'auteure de l'étude : « Yet, we also need to explicitly introduce in the curriculum the counter notion that roles are fluid and subject to the influences of particular situations, and that collaborate expertise involves being attuned and responsive to this fluidity » (*Ibid.*, p. 875). Nous voulons souligner la nécessité d'introduire dans le curriculum de formation les notions de clarification des rôles et d'organisation optimale du travail en exploitant les nouvelles activités réservées et partagées de chaque membre de l'équipe. Deuxièmement, l'autre conclusion révèle que les soins prodigués aux patientes et aux patients doivent être au cœur des préoccupations de l'équipe soignante.

Pour résumer cette section, en reprenant les propos des différentes auteures et différents auteurs cités (D'Amour, 1997, D'Amour 2001, OIIQ, 2014), nous définissons le concept de collaboration interprofessionnelle comme étant des relations et interactions entre les intervenantes et les intervenants des soins de santé qui mettent en commun leurs ressources (connaissances, habiletés, attitudes, etc.) pour assurer la qualité et l'excellence des soins de santé offerts aux patientes et aux patients. Cette assurance de la qualité et de l'excellence des soins est le projet commun de l'équipe soignante. Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, avoir un projet commun est une des conditions essentielles de la collaboration interprofessionnelle. De plus, à l'intérieur de l'équipe, il doit régner un climat de respect mutuel et la confiance doit être ressentie de part et d'autre des membres de l'équipe. Il s'agit d'un processus décisionnel qui implique chaque membre de l'équipe en respectant et en exploitant le champ infirmier, c'est-à-dire les activités réservées et celles partagées. Notons ici une des conclusions de Lingard (2012) : la nécessité d'enseigner le concept de collaboration dans le cursus de formation est primordiale pour former des intervenantes et des intervenants de la santé efficaces, professionnels et surtout capables de travailler en collaboration avec différents types de professionnels, pour assurer la qualité et la sécurité des soins à la population. Soulignons que la compréhension des rôles de chaque membre de l'équipe fait naître au sein de l'équipe : respect, confiance et communication efficace.

2.5 Avantages de la collaboration interprofessionnelle

Il importe, avant de poursuivre dans cette section, de présenter les résultats de la thèse d'Asmar (2007), basée sur les écrits de D'Amour et Oandasan (2004), qui portait sur les facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle dans un hôpital du Liban. Ces résultats de recherche vont servir à aiguiller la conception de l'activité d'apprentissage. L'auteure présente les résultats suivants en lien avec la collaboration interprofessionnelle :

- A. Elle produit une plus grande satisfaction au travail et une augmentation des connaissances, car il y a un partage de l'expertise entre les professions;
- B. Elle favorise une approche intégrée, car elle met en lien différentes professions;

- C. Elle favorise une approche holistique des besoins de l'individu et, par conséquent, y répond mieux.

Les besoins de la patiente ou du patient sont mieux comblés, car l'approche est holistique, c'est-à-dire que la personne est reconnue dans sa totalité avec des besoins biologiques, psychologiques et sociologiques. Pour la patiente ou le patient qui se retrouve dans un état de grande vulnérabilité lors d'une hospitalisation, la composition de l'équipe de soins et l'organisation du travail entre les intervenantes et les intervenants constituent des facteurs qui influencent la bonne qualité des soins prodigués. Comme le stipule l'OIIQ (2015) :

Pour assurer la prestation sécuritaire des soins infirmiers, il importe de tenir compte de la nature, de la complexité et de l'intensité des soins requis par les patients ainsi que de la façon dont ces besoins influent sur la détermination des soins infirmiers à fournir et de la composition de l'équipe de soins nécessaires pour répondre à ces besoins (p. 3).

Cette collaboration est essentielle et primordiale puisque l'OIIQ (2014) en fait une de ses valeurs professionnelles. Chaque membre de l'ordre professionnel doit adhérer aux valeurs professionnelles énoncées dans le chapitre précédent.

Rappelons brièvement que les membres de l'équipe soignante travaillent collectivement en partenariat pour atteindre un but commun. La composition de l'équipe ainsi que l'organisation collaborative de travail assurent une prestation sécuritaire des soins infirmiers. Ce travail collectif, où la collaboration interprofessionnelle est présente, apporte une grande satisfaction. De plus, le partage d'expertise entre les intervenantes et les intervenants augmente les connaissances. En conséquence, l'approche intégrée et holistique s'avère également bénéfique pour celles-ci et ceux-ci.

3 ACTIVITÉ D'APPRENTISSAGE

Nous avons présenté ci-dessus les concepts de compétence et de collaboration en distinguant la collaboration interprofessionnelle ainsi que les conditions essentielles et les avantages de celle-ci. Pour stimuler le processus d'apprentissage de la compétence de

collaboration interprofessionnelle, des activités d'apprentissage doivent être proposées aux étudiantes et aux étudiants. Les éléments de la problématique nous ont amenée à nous interroger sur les types d'activité d'apprentissage qui favoriseraient le développement de cette compétence professionnelle chez les étudiantes et les étudiants dans le programme de Soins infirmiers. À cet effet, cette section présente donc la théorie de l'activité, la définition de la simulation haute-fidélité, la planification et le déroulement de la simulation ainsi que les avantages et les limites de celle-ci.

3.1 Théorie de l'activité

La recherche de Lingard (2012) nous a amenée à nous intéresser à la théorie de l'activité de Vygotsky (1920, dans Engestrom, 2001) pour soutenir notre activité d'apprentissage. Cette théorie utilise la notion d'activité de travail comme unité d'analyse. L'activité est divisée en composantes analytiques du sujet, de l'outil et de l'objet, où le sujet est la personne étudiée, l'objet est l'activité prévue et l'outil est l'outil de dispositif de médiation par lequel l'action est exécutée. De plus, selon Hazlina-Hashim (2007), cette théorie de l'activité est un outil précieux puisqu'il permet à l'apprenant de découvrir l'activité humaine sans explication exhaustive des tâches à faire. La compréhension de la situation est faite par les actions implicites et explicites. Autrement dit, l'apprenant apprend dans l'action, il est l'acteur principal. Les modifications d'Engestrom (2001) à la théorie de l'activité de Vygotsky (1920) sont pertinentes pour notre recherche.

Engestrom's modification of Vygotsky's original theory provides for two additional units of analysis, which have an implicit effect on work activities. The first is rules, these are sets of conditions that help to determine how and why individuals may act, and are a result of social conditioning. The second is division of labour, this provides for the distribution of actions and operations among a community of workers (Engestrom, 2001, p. 5).

Il introduit deux nouveaux concepts. Le premier est un ensemble de conditions qui permettent de déterminer comment et pourquoi les individus peuvent agir et sont à l'origine d'un conditionnement social. Le second concept, la division du travail, consiste en la répartition des actions entre les apprenants permettant d'accomplir l'activité demandée. Ce

concept nous dirige dans l'élaboration d'une activité d'apprentissage. La figure 1 représente le schéma de la structure du système de l'activité humaine selon Engestrom (2001).

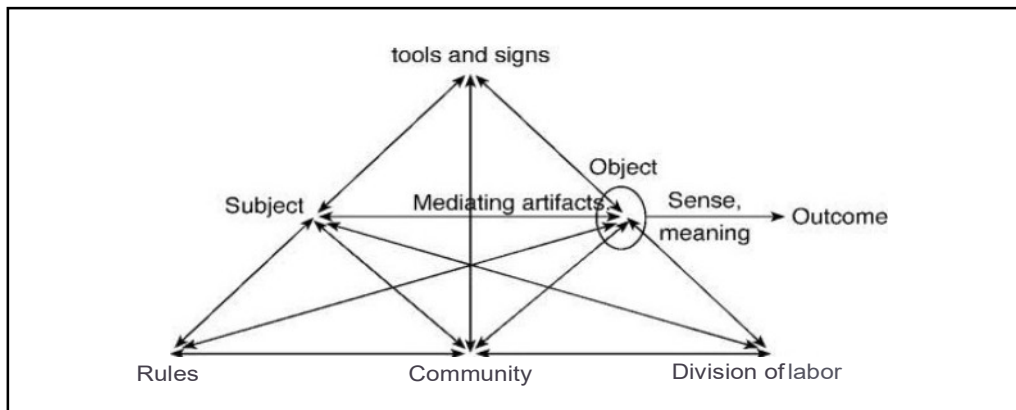


Figure 1 The structure of a human activity system (Engestrom, 2001, p. 135)

Selon la théorie de l'activité de Vygotsky (1920), certaines compétences se développent et s'appliquent dans l'action, ce qui nous a inspirée dans l'élaboration de l'activité d'apprentissage. L'ajout de deux concepts d'Engeström (2001), les règles, c'est-à-dire la façon de travailler au sein du groupe, ainsi que la répartition des tâches au sein du groupe, donne un cadre plus approprié à cette recherche. Cela nous amène à plonger les étudiantes et les étudiants dans des activités d'apprentissages dynamiques qui favorisent la collaboration interprofessionnelle pour les aider à acquérir cette compétence.

La qualification de l'élève, en cours et surtout en fin de parcours, se mesurera à sa capacité de faire face à des situations professionnelles classiques en mobilisant des ressources cognitives pertinentes et coordonnées afin de construire une décision assez rapide pour répondre à l'événement et assez sûre pour conduire, la plupart du temps, à une issue acceptable, sinon optimale (Perrenoud, 1995, p. 22).

Lors de la recension des écrits, nous avons répertorié les différents types d'activités d'apprentissage concernant le programme d'études de Soins infirmiers et qui placent l'étudiante ou l'étudiant dans l'action en lui demandant d'exercer des tâches authentiques. Selon Deschênes *et al.*, 2016 : « Pour être authentique, cette tâche doit être significative et permettre de comprendre ou bien de résoudre un problème fréquemment rencontré dans la vie professionnelle » (p. 14). Nous constatons que certaines activités d'apprentissage présentées au chapitre 1 - l'examen clinique objectif structuré (ECOS) et les stages

cliniques -, bien qu'elles soient des situations authentiques posent certaines limites dans le développement de la compétence. Nous abordons, dans la partie suivante, une autre activité d'apprentissage- la simulation haute-fidélité (SHF) - qui n' est pas encore utilisée dans le programme de Soins infirmiers au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu.

3.2 Définition de la simulation haute-fidélité

La simulation est une : « méthode, technique permettant de produire de manière explicite (en général formalisée) un processus quelconque» (Petit Robert, 2011, p. 2375). En 2012, la Haute autorité de santé (HAS), organisme public indépendant en France, qui contribue à la régulation du système de santé, a publié un rapport des auteurs Granry et Moll, intitulé *l' État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé*. Ceux-ci définissent la simulation dans la formation des professionnels de la santé comme étant :

L' utilisation d' un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d' un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels. (*Ibid.*, p. 7).

Simoneau (2012) a répertorié différentes définitions de la simulation clinique dans la littérature, il retient celle de Jeffries (2005b, dans Simoneau, 2012, p. 4) :

Une activité qui imite la réalité d' un milieu clinique et qui a pour objectif de démontrer des procédures [...] du jugement clinique et de la pensée critique, grâce à l' utilisation de stratégies pédagogiques comme les jeux de rôles et d'outils interactifs comme les vidéos et les mannequins ».

Pour les besoins de cette recherche, nous retenons la définition précédente de la simulation. Notons que dans cette recherche, les termes simulation clinique haute-fidélité (SCHF) et simulation haute-fidélité (SHF) s'équivalent. De plus, nous bonifions cette définition en insérant la notion de haute-fidélité décrite par Larue *et al.* (2013), c'est-à-dire une représentation de la réalité clinique la plus fidèle possible incluant la reproduction réelle des manifestations cliniques telles que les variations des signes vitaux, de la cyanose,

etc., et impliquant l'utilisation d'un mannequin intelligent. L'utilisation de ce type de mannequin sert donc d'outil interactif, car la reproduction des manifestations cliniques s'avère nécessaire pour assurer la haute-fidélité clinique. Le mannequin simulateur haute-fidélité est à la fine pointe de la technologie et de la robotique. Ce mannequin, relié à un ordinateur préprogrammé avec un scénario, permet une variation des paramètres vitaux (tension artérielle, fréquence cardiaque et respiratoire), qui sont également influencés par les interventions des étudiantes et des étudiants.

Pour permettre une meilleure compréhension de la simulation haute-fidélité, nous devons définir quelques concepts centraux. En 2011, l'International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INASCL) présentait ses normes de pratiques exemplaires. La première concerne la terminologie. Les définitions adoptées, par INASCL (2011), permettent de refléter diverses valeurs communes liées aux expériences de simulation, ainsi qu'à la recherche et aux écrits sur le sujet. Selon cette terminologie, nous utilisons le terme facilitateur pour désigner : « une personne qui guide et appuie les participants afin qu'ils puissent comprendre et atteindre les objectifs. » (INASCL, 2011, p. S5). Dans l'activité d'apprentissage de SHF, les participantes ou participants, conformément à la terminologie de l'INASCL, désignent les étudiantes et les étudiants, alors que les facilitatrices ou les facilitateurs désignent les enseignantes et les enseignants.

3.3 Planification et déroulement de la SHF

Avant de créer notre activité de SHF, nous avons répertorié neuf bonnes pratiques se rapportant à l'élaboration d'une activité de simulation haute-fidélité, visant les enseignantes et les enseignants (Dechênes *et al.*, 2016 ; Simoneau et Paquette, 2014 ; Simoneau, 2012) :

1. Identification des objectifs d'apprentissage;
2. Rédaction du scénario visant ces objectifs;
3. Définition d'un environnement réaliste;
4. Définition et préparation des équipements;

5. Préparation du matériel vidéo;
6. Structuration de la séquence préparatoire : breffage;
7. Déroulement du scénario;
8. Structuration de la séquence d'évaluation : débriefage;
9. Définition du document de fin de séance : pistes d'amélioration.

Pour soutenir les différentes étapes de planification et de l'élaboration de l'activité SHF, il existe des guides qui ont pour objectif de diriger les enseignantes et les enseignants vers les bonnes pratiques en simulation. Par exemple, celui de Motola, Devine; Hyun; Sullivan; Barry-Issenberg (2013): *Simulation in healthcare education: A best evidence practical guide*. Ceux-ci affirment : « This Guide will focus on the educational principles that lead to effective learning, and include topics such as feedback and debriefing, deliberate practice, and curriculum integration » (p. 1511). La HAS (2012) a élaboré un guide de bonnes pratiques pour promouvoir le développement de simulation en santé et permettre une structure d'implantation de celle-ci. Nous avons également répertorié différents outils, canevas et gabarits pour l'élaboration de scénarios de SHF. De plus, Thesimtech (s.d.) propose une ressource web comportant des outils concernant la simulation haute-fidélité. Le tableau 3 présente un type de canevas pour les scénarios de SHF tiré de Deschênes *et al.* (2016).

Tableau 3
Canevas des scénarios pédagogiques de SCHF
Section pédagogique

<ul style="list-style-type: none"> • Résumé de la situation • Compétences et éléments de compétences développés • Objectifs d'apprentissage • Références□
Section opérationnelle et logistique
<ul style="list-style-type: none"> • Mise en scène et matériel • Programmation du mannequin • Principaux éléments du déroulement de la simulation et du débriefage
Section dossier professionnel
<ul style="list-style-type: none"> • Plan thérapeutique infirmier • Notes médicales et infirmières • Ordonnances • Feuilles d'administration des médicaments • Analyses et tests diagnostiques
Section préparatoire de l'étudiante
<ul style="list-style-type: none"> • Résumé de la situation • Objectifs d'apprentissage • Lectures et activités préparatoires suggérées

Source : Deschênes, M.F. Fournier V. et St-Julien, A. (2016). Le développement du jugement en situation authentique. *Pédagogie collégiale*, 30 (1), p. 16.

Dans le cadre de cet essai, nous nous sommes inspirée de différents outils et canevas présentés ci-dessus. Nous nous intéressons particulièrement à la dernière partie du guide de Motola *et al.* (2013) qui propose des éléments clés importants pour une simulation réussie concernant le travail d'équipe. Ces éléments clés sont présentés à l'annexe F nommée Principle team training. Nous retenons particulièrement quatre de ces éléments clés. Tout d'abord, les membres de l'équipe soignante sont hétérogènes dans leurs rôles et compétences, mais doivent s'unir pour atteindre des objectifs communs. Un autre élément clé implique d'avoir une mesure de performance. Il importe que cet outil de mesure fournisse des données fiables qui permettent de porter un jugement pertinent et d'offrir une rétroaction adaptée. Le troisième élément clé à prendre en compte touche l'aspect de formation personnelle concernant la collaboration interprofessionnelle puisque l'attention

est souvent portée sur les tâches cliniques et l'aspect personnel peut être négligé. Un quatrième élément à considérer vise le manque d'expertise et d'expérience en formation sur le travail d'équipe interprofessionnel. « Team training using simulation affords the opportunity for practitioners from different disciplines to come together to improve the skills used in the clinical setting » (*Ibid*, 2013, p. 1525).

3.4 Déroulement de la SHF

Nous abordons maintenant les différentes étapes de la SHF. Tout d'abord, la SHF se déroule en équipe de deux ou trois étudiantes et étudiants ou dyade soignante, elles ou ils doivent intervenir auprès du mannequin intelligent. Le modèle de SHF de Rutherford-Hemming (2012) dans Deschênes *et al.* (2016) se divise en trois étapes auxquelles les étudiantes et les étudiants prennent part : le breffage, la simulation et le débriefage.

1. Le breffage correspond au moment de préparation de l'étudiante et de l'étudiant. Il vise à activer les connaissances antérieures et à faire émerger des hypothèses préalablement pertinentes à la simulation à réaliser;
2. La simulation est l'évènement de soins où l'étudiante ou l'étudiant est exposé à la situation authentique. Cette dernière peut être captée par vidéo;
3. Le débriefage permet de traiter les émotions vécues par les étudiantes et les étudiants, mais surtout d'examiner de manière critique ce qui s'est passé pendant la simulation. Cette étape vise à promouvoir la métaréflexion dans une situation prototypique de la vie professionnelle.

Mottola (2013) et HAS (2012) sont unanimes concernant l'importance de la préparation à la simulation ou l'étape de breffage. Cette étape permet le bon déroulement du scénario et prépare à la dernière étape. Ce temps indispensable permet à l'enseignante ou l'enseignant de présenter le contexte, les attentes et certaines consignes pour optimiser la séance. De plus, il permet aux étudiantes et aux étudiants de se familiariser avec l'environnement physique (mannequin, matériel à leur disposition, documents reliés à la

situation). Les principes de confidentialité et les règles déontologiques doivent être réitérés conformément aux décisions de l'institution (HAS, 2012).

Quant à la deuxième étape concernant la simulation ou le déroulement du scénario, l'enseignante ou de l'enseignant observe les étudiantes et les étudiants pendant la simulation. Lors du déroulement du scénario, les étudiantes et les étudiants doivent ajuster leurs tâches en considérant les réactions physiques, les manifestations cliniques ou les paroles du mannequin. Pendant ce temps, les autres étudiantes et étudiants visionnent la performance, en direct, dans la salle de visionnement. La performance peut être enregistrée, offrant à l'étudiante ou l'étudiant l'occasion de s'autoévaluer et de critiquer sa propre prestation, mais aussi de recevoir les commentaires des pairs. Il importe, selon le Conseil d'administration de l'International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL, 2011), que chaque étudiante et étudiant agisse selon son rôle professionnel. Cela implique qu'une étudiante ou un étudiant du programme de Soins infirmiers ne peut exercer le rôle professionnel de l'infirmière auxiliaire ou de l'infirmier auxiliaire qui doit être incarné par une ou un élève de la formation SASI. En résumé, les étudiantes ou les étudiants doivent agir en dyade à tour de rôle et les pairs observent simultanément la dyade. Pendant ce temps, une enseignante ou un enseignant observe et réagit en contrôlant le mannequin intelligent selon les interventions de la dyade. De plus, elle ou il cible des éléments de rétroaction avec le soutien ou non de séquences vidéo pour orienter le débriefage. Elle ou il peut orienter la dyade en contrôlant le mannequin intelligent, par exemple, pour lui faire exprimer sa douleur lorsque la situation se présente et que la dyade s'oriente vers d'autres tâches. Lorsque chaque dyade a exécuté la simulation, la dernière étape débute, c'est-à-dire le débriefage.

Selon INASCL (2011), la norme six des pratiques exemplaires en SHF correspond au débriefage. Cette dernière étape vise à encourager la réflexion par une analyse et une synthèse de la séance de simulation. « La réflexion est l'examen conscient de la signification et des implications d'une action » (*Ibid.*, p.16). Cette activité se déroule après l'expérience de simulation haute-fidélité et elle est dirigée par l'enseignante ou l'enseignant (facilitateur). Celle-ci ou celui-ci encourage les étudiantes et les étudiants à réfléchir sur

leur performance lors de la simulation et elle ou il peut commenter certaines séquences. Selon les écrits, il existe plusieurs façons de débrieffer. Pour les besoins de notre recherche, nous choisissons d'utiliser la méthode PEARLS : Promoting Excellence And Reflective Learning in Simulation de Eppich et Cheng (2015). Selon ces auteurs, il y a quatre étapes : 1) réactions, b) description, c) analyse, d) sommaire et application.

Il nous semble important d'expliquer brièvement les quatre étapes d'Eppich et Cheng (2015) et qu'elles s'inscrivent dans une approche socioconstructiviste. La première étape consiste à ventiler l'aspect affectif. Pour Waxman (2010), elle doit se dérouler immédiatement après que toutes les dyades soignantes aient expérimenté le scénario de simulation. Le débrieffer effectué rapidement après le scénario permet d'évacuer l'affect, de garantir la sécurité affective, de poser les jalons de la confiance et de diriger la facilitatrice ou le facilitateur (enseignante ou enseignant). Sinon, la ventilation émotive se fera naturellement entre les étudiantes et les étudiants, mais en dehors du débrieffer. La seconde étape, la description, est la partie qui résume la situation clinique vécue en simulation ainsi que les objectifs ou les enjeux. Elle permet de faire ressortir l'essentiel ou la tâche principale à laquelle elles et ils ont été confrontés. Cette étape peut se faire en alternance ou avant la troisième étape qui consiste en l'analyse, c'est-à-dire l'examen conscient des actions posées et de la réflexion derrière les actions posées. Selon la littérature (Eppich *et al.*, 2015, Waxman, 2010) les objectifs d'apprentissage, définis lors de l'élaboration de la SHF, devraient tous être discutés lors du débrieffer. De plus, il est recommandé pour chaque dyade soignante de faire ressortir deux bons coups et un écart de performance, qui peuvent différer d'une dyade à l'autre. La dernière étape consiste à établir le résumé ou le sommaire, c'est-à-dire ce que les étudiantes et les étudiants retiennent de cette situation et quels sont les éléments qu'elles ou ils vont pouvoir réutiliser en stage ou dans leur pratique professionnelle. Une attention particulière doit être portée à ce que toutes les étudiantes et tous les étudiants s'expriment lors de cette étape (Eppich *et al.*, 2015). Pour les besoins de notre recherche, nous avons examiné l'essentiel des concepts, même s'il existe encore de nombreuses notions sur le débrieffer que nous n'avons pas abordées.

3.5 Avantages et limites de la SHF

Une limite importante de la SHF est le coût onéreux de la mise en place d'un programme de simulation. De plus, la HAS (2012) rapporte que : « l'importance de l'impact de la formation par la simulation sur les facteurs humains et le travail en équipe ainsi que son utilité dans la sécurité des soins doivent être largement étudiés » (p. 10). La SHF commence à faire son entrée dans les programmes de Soins infirmiers, les données probantes sur l'impact de cette technologie dans la formation infirmière sont restreintes. Par ailleurs, cette nouvelle technologie demande un temps d'appropriation pour les enseignantes et les enseignants ainsi que pour les étudiantes et les étudiants.

Par ailleurs, la SHF apporte des avantages dans la formation des étudiantes et des étudiants du programme Soins infirmiers. Tout d'abord, « l'amélioration du savoir-faire grâce à la simulation est indiscutable de même que l'analyse et la modification des comportements, tout particulièrement en situation de crise » (Granry *et al.*, 2012, p. 8). Le réalisme de l'environnement de la simulation ainsi que les manifestations cliniques peuvent être reproduites fidèlement par le mannequin intelligent, ce qui diffère de l'ECOS. Les étudiantes et les étudiants, participant à la recherche de Simoneau (2012), apprécient davantage le réalisme de la SCHF que l'ECOS. « Pour l'élément de fidélité,⁶ le chercheur obtient un résultat de 93,8 %, lors de la SCHF, comparativement à 86,3 % pour l'ECOS » (*Ibid.*, 2012, p. 85).

De surcroît, nous voulons mettre en évidence un résultat obtenu dans une seconde recherche intitulée *Pédagogie par la simulation clinique haute-fidélité dans la formation collégiale en santé* de Simoneau et Paquette (2014). Les dimensions du travail en équipe et de l'interdisciplinarité sont très présentes dans le modèle de la pédagogie par la simulation clinique haute-fidélité. Selon cette recherche : « 95,8 % des étudiantes et des étudiants perçoivent la SCHF comme une bonne pratique pédagogique de la collaboration comparativement à 36,6 % pour l'ECOS formatif » (*Ibid.*, p. 87). Nous avons démontré

⁶ Son rapprochement avec la réalité clinique, le réalisme de l'activité.

dans le chapitre précédent que la notion d'équipe est essentielle en matière de prise en charge des patientes et des patients. Ainsi, « les dysfonctionnements à l'intérieur des équipes soignantes sont responsables de nombreux effets indésirables. Cette formation [au travail d'équipe] serait notablement améliorée par la simulation » (HAS, 2012, p. 67).

Les besoins des étudiantes et des étudiants d'évoluer dans des contextes de collaboration interprofessionnelle posent un défi aux enseignantes et aux enseignants. Pour réussir à développer la compétence de collaboration interprofessionnelle, les enseignantes et les enseignants doivent développer des outils et des activités d'apprentissage devant solliciter l'intégration et la mobilisation de cette compétence (Deschênes et al., 2016 ; Simoneau et Paquette, 2014 ; Simoneau, 2012). La SHF est une avenue qui nous semble tout indiquée pour répondre à ces besoins et relever le défi. « La simulation permet d'exploiter une diversité de situations d'apprentissage tout en palliant le problème d'exposition aléatoire des expériences lors des stages en milieu réel » (Deschênes *et al.*, 2016, p. 16). Notre activité d'apprentissage utilise la SHF puisque la méthode permet de reproduire de manière explicite et standardisée des situations cliniques à l'aide d'un mannequin intelligent en éliminant tout risque de préjudice à la patiente ou au patient tel que le soulignent la HAS (2012), Simoneau (2012), INASCL (2011), Granry *et al.* (2012).

Nous avons vu, dans le chapitre précédent, l'apport des stages cliniques au développement des compétences professionnelles dans le programme de Soins infirmiers. Par contre, la complexité et les multiples pathologies des patientes et des patients, le nombre élevé de stagiaires dans un groupe de stage et l'impossibilité de garantir à tous les mêmes situations d'apprentissage ont incité à développer les simulations et les jeux de rôles. D'abord, la simulation à moyenne fidélité sous forme d'ECOS qui est encore utilisée dans les programmes des Soins infirmiers, puis avec l'avancement technologique, les simulations à haute-fidélité ont fait leur entrée depuis quelques décennies dans les programmes de médecine et maintenant de plus en plus dans les programmes de Soins infirmiers et de Sciences infirmières. C'est dans cet esprit que nous allons présenter dans la section suivante les objectifs spécifiques de cette recherche.

4 LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DE L'ESSAI

Pour faire suite à la présentation de notre cadre de référence, nous rappelons l'objectif général de l'essai : développer la compétence de collaboration interprofessionnelle chez les étudiantes et les étudiants de sixième session en Soins infirmiers à l'aide d'une activité de simulation haute-fidélité favorisant l'intégration des différents rôles au sein de l'équipe soignante. Afin d'atteindre cet objectif, il nous semblait nécessaire de clarifier, dans notre cadre de référence, les concepts de compétence et de collaboration ainsi que celui de la simulation haute-fidélité.

La recension des écrits nous a permis de constater que la collaboration est soutenue par diverses théories. Ainsi, nous retenons la théorie de l'apprentissage collectif qui mise sur une idéologie normative plutôt que sur des structures hiérarchiques avec des règles rigides. De plus, nous avons précisé le concept de collaboration en y associant l'interprofessionnalisme. La collaboration interprofessionnelle se définit comme étant les relations et les interactions entre les intervenantes et les intervenants de soins de santé qui mettent en commun leurs ressources pour assurer la qualité et l'excellence de soins. Nous retenons de la recension des écrits les conditions de réussite de la collaboration interprofessionnelle : a) travailler collectivement à un but commun, b) mettre leurs ressources en commun, c) clarifier les rôles et les responsabilités de différentes intervenantes ou différents intervenants. De plus, nous réitérons que le travail collectif, où la collaboration interprofessionnelle est présente, apporte une grande satisfaction au travail alors que le partage d'expertise entre les intervenantes et les intervenants augmente les connaissances.

Pour développer la collaboration interprofessionnelle, les étudiantes et les étudiants doivent apprendre dans l'action comme l'indique la théorie Vygotsky (1920). Certains types d'activité, par exemple l'ECOS et la SHF, utilisent des situations authentiques et favorisent cet apprentissage. Ainsi nous retenons que la SHF est plus avantageuse que l'ECOS comme activité d'apprentissage puisqu'elle reproduit la réalité clinique en ajoutant les manifestations cliniques impossibles à reproduire par une actrice ou un acteur. De plus,

elle est plus équitable pour les étudiantes et les étudiants, car la robotisation permet de recréer la situation clinique de façon fidèle pour tous les étudiantes et les étudiants.

Enfin, nous terminons ce chapitre par la formulation des objectifs spécifiques suivants :

1. Développer une activité d'apprentissage de collaboration interprofessionnelle en utilisant la simulation haute-fidélité pour les étudiantes et les étudiants de sixième session du programme de Soins infirmiers du Cégep de Saint-Jean-sur-Richelieu ;
2. Développer une grille d'observation des indicateurs comportementaux de la compétence de collaboration interprofessionnelle pendant la SHF ;
3. Valider l'activité d'apprentissage de collaboration interprofessionnelle auprès d'enseignantes et d'enseignants du programme de Soins infirmiers ;
4. Valider la grille d'observation des indicateurs comportementaux de la compétence de collaboration interprofessionnelle pendant la SHF auprès d'enseignantes et d'enseignants du programme de Soins infirmiers.

Il est à noter que la mise à l'essai de l'activité auprès des étudiantes et des étudiants aura lieu à l'extérieur du cadre de cette recherche compte tenu de l'ampleur de la tâche de la chercheuse dans le cadre de la maîtrise en éducation ainsi que la non-disponibilité du laboratoire SHF lors de la collecte de données.

TROISIÈME CHAPITRE

LA MÉTHODOLOGIE

Dans ce chapitre, il sera question des aspects méthodologiques qui ont été privilégiés dans le cadre de notre recherche pour atteindre nos objectifs spécifiques. Nous diviserons les aspects méthodologiques en sept grandes sections : l'approche méthodologique incluant le type d'essai, les participantes et les participants, les méthodes et les instruments de collecte de données, le déroulement et l'échéancier, les modalités d'analyse, les considérations éthiques ainsi que la rigueur et la scientificité.

1 L'APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

Notre recherche vise à concevoir une activité d'apprentissage pour développer la compétence de collaboration interprofessionnelle en Soins infirmiers afin que les étudiantes et les étudiants soient mieux préparés à la réalité du marché du travail. Pour y parvenir, nous avons privilégié le paradigme interprétatif dans lequel la réalité est explorée tel qu'elle est perçue. Plus spécifiquement, les êtres humains sont perçus dans leur globalité en tenant compte de leur expérience de vie et du contexte environnant, comme l'exposent Fortin et Gagnon (2016). Nous avons opté pour une recherche qualitative, car comme l'affirment ces auteures : « dans la recherche qualitative, le chercheur étudie les participants dans leur milieu naturel et il essaie de donner un sens [...] en se fondant sur les significations que leur apportent ces derniers » (*Ibid.*, p. 30). L'approche qualitative découle du choix du paradigme interprétatif, car nous tentons de comprendre le sens qu'une personne donne à son expérience (Savoie-Zajc, 2011).

Cette recherche fait partie du pôle de l'innovation, car nous tentons d'introduire une nouveauté pédagogique qui vise l'amélioration de la réussite éducative chez les étudiantes et les étudiants (Université de Sherbrooke, 2015). En effet, l'activité que nous voulons réaliser n'a jamais été conçue.

1.1 Le type d'essai

Le choix du devis méthodologique pour notre recherche est adapté à notre démarche d'innovation pédagogique. Nous avons choisi de nous référer à Paillé (2007), car il propose 12 devis de recherche qui tiennent compte de ce qui est fait en sciences de l'éducation. Nous avons privilégié, parmi les 12 devis, celui de la conception d'activités d'apprentissage de Paillé (2007), puisqu'il correspond au type de démarche adapté à notre recherche. La conception d'activité d'apprentissage constitue un objet tout à fait approprié en s'inscrivant au carrefour du développement de l'expertise et du développement de produit. Selon l'auteur : « elle doit dépasser la création ad hoc et instrumentale habituelle pour devenir la matérialisation systématique et réfléchie d'une pensée éducative » (*Ibid.*, p. 141). L'auteur propose un modèle de recherche sur la conception d'activités d'apprentissage comprenant huit étapes listées à l'intérieur du tableau qui suit.

Tableau 4
Conception d'activités d'apprentissage selon Paillé (2007)

1.	Explicitation du cadre conceptuel des activités
2.	Choix des moyens d'apprentissage (exposé oral, dessin, imagerie mentale, musique, etc.)
3.	Mise au point des stratégies d'apprentissage (résolution de problème, étude de cas, projet collectif, etc.)
4.	Préparation des situations d'apprentissage
5.	Conception du scénario d'apprentissage
6.	Vérification de la correspondance de tous les éléments de l'activité d'apprentissage avec le cadre conceptuel
7.	Réflexion sur le travail de conception en tant que tel
8.	Indication des limites des activités et de leur prolongement possible

Source : Paillé, P. (2007). La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherches qualitatives*, 27 (2), 133-151.

La première étape du devis de Paillé (2007) consiste à l'explicitation du cadre conceptuel des activités, c'est-à-dire que pour dépasser la création ad hoc et instrumentale, l'activité doit être le fruit de la réflexion de la chercheuse ou du chercheur. Elle doit s'inscrire à l'intérieur d'un cadre conceptuel en s'appuyant sur des principes fondamentaux

éducatifs. La deuxième étape concerne le choix des moyens d'apprentissage et la troisième étape consiste à la mise au point des stratégies d'apprentissage. Ces choix ont été éclairés et supportés par le cadre théorique et conceptuel qui permet à la chercheuse ou au chercheur de se questionner sur la méthodologie à adopter. La quatrième et la cinquième étape consistent à la préparation des situations d'apprentissages et à la conception du scénario d'apprentissage. Comme le souligne l'auteur, « l'incidence du choix du cadre conceptuel sera toujours importante » (*Ibid.*, p. 141). Ces étapes se réfèrent au cadre conceptuel, ce qui nous amène à l'étape six : la vérification de la correspondance de tous les éléments de l'activité d'apprentissage avec le cadre conceptuel. Cette étape permet « la matérialisation systémique et réfléchie d'une pensée éducative » (*Ibid.*, p. 141). Selon Paillé (2007), l'étape sept correspond à la réflexion sur le travail de conception, ce qui développe la réflexion sur l'action de la chercheuse ou du chercheur. L'étape huit se rapporte à la diffusion de la recherche, plus précisément celle des produits des activités, leur méthodologie, leurs limites ainsi que leurs implications, etc.

Dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes inspirée du modèle de Paillé (2007) auquel nous avons adapté les étapes de recherche. Notre adaptation du modèle de Paillé (2007) sera présentée ultérieurement lors du déroulement de la recherche.

Concernant les objectifs spécifiques, la conception d'une activité d'apprentissage de Paillé (2007) permet de répondre aux deux premiers objectifs spécifiques. D'une part, elle répond au premier objectif qui consiste à développer une activité d'apprentissage de collaboration interprofessionnelle en utilisant la simulation haute-fidélité pour les étudiantes et les étudiants de sixième session du programme de Soins infirmiers du Cégep de Saint-Jean-sur-Richelieu. Elle répond également au second objectif relié à la conception d'une grille d'observation d'indicateurs comportementaux concernant l'atteinte de la compétence de collaboration interprofessionnelle par l'étudiante ou l'étudiant qui réalise cette SHF.

2 LES PARTICIPANTES/PARTICIPANTS

Dans cette recherche, les participantes et les participants sont sollicités seulement lors de l'étape de validation de l'activité d'apprentissage et de la grille d'observation, ce qui coïncide aux étapes cinq à huit de Paillé (2007). La méthode d'échantillonnage préconisée dans le cadre de cet essai est non probabiliste de type intentionnel, ce qui consiste à choisir délibérément les personnes qui font partie de l'échantillon en se basant sur des critères de sélection. Comme le précise Savoie-Zajc (2011), la chercheuse ou le chercheur établit un ensemble de critères provenant du cadre théorique afin d'avoir accès à des personnes qui partagent certaines caractéristiques.

La population cible choisie se compose d'enseignantes et d'enseignants provenant du programme de Soins infirmiers *180.A0*. Par contre, il nous a été impossible de rejoindre toute la population cible que représentent les enseignantes et les enseignants des 42 cégeps offrant le programme de Soins infirmiers au Québec. Ce travail aurait été trop fastidieux pour les moyens dont nous disposions dans le cadre de cette recherche. Nous avons limité notre population choisie à celles et ceux qui enseignent au collégial dans le programme de Soins infirmiers au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu et au Cégep de Sherbrooke.

Nous avons sollicité les enseignantes et les enseignants du programme de Soins infirmiers au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu, car leur expertise du programme est nécessaire à la validation de notre activité d'apprentissage et de la grille puisque nous souhaitons y implanter cette activité d'apprentissage pour développer la compétence de collaboration interprofessionnelle. De plus, les deux outils - l'activité d'apprentissage et la grille d'observation - leur sont dédiés.

Toutefois, la simulation haute-fidélité n'est pas encore instaurée au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu. Le manque d'expertise en simulation nous a obligée à solliciter des enseignantes et enseignants dans d'autres cégeps. Nous avons sélectionné parmi les nombreux cégeps qui offrent le programme de Soins infirmiers, ceux qui ont développé une expertise en conception d'activités d'apprentissage en utilisant la simulation haute-fidélité. Puis, nous avons retenu les enseignantes et les enseignants du Cégep de Sherbrooke, car

elles et ils sont reconnus par le milieu collégial, plus spécifiquement dans le domaine de l'enseignement de la santé comme étant des précurseurs en SHF. C'est un des premiers cégeps québécois à offrir la SHF dans un programme de Soins infirmiers. Notre choix est guidé par leur expérience perçue comme pertinente au regard de la SHF comme le conseille Savoie-Zajc (2011).

À partir de la population cible, nous avons établi d'autres critères de sélection. Ils reposent sur l'expérience pertinente dans le programme de Soins infirmiers, plus particulièrement à la dernière session du programme. Nous avons sélectionné la dernière session, puisqu'en fin de parcours de formation, nous considérons que les étudiantes et les étudiants ont acquis suffisamment de connaissances, d'habiletés et d'attitudes pour démontrer ou développer la compétence de collaboration professionnelle.

Pour le Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu, nous avons invité les enseignantes et les enseignants, de la dernière session du programme de Soins infirmiers démontrant de l'intérêt à participer à notre recherche, à une rencontre d'informations. Nous avons expliqué notre recherche, les buts et les considérations éthiques en utilisant le formulaire d'informations et de consentement du cégep (annexe I). Nous avons sollicité la participation de cinq enseignantes. Elles ont toutes assisté à la rencontre. Toutes ont accepté de participer à notre recherche et ont signé un consentement volontaire.

D'autre part, pour le Cégep de Sherbrooke, nous avons sollicité les responsables à la coordination du programme pour nous mettre en contact avec des enseignantes et des enseignants de la dernière session du programme de Soins infirmiers afin de leur faire parvenir une lettre de demande de participation à notre recherche. Nous avons contacté par courriel sept enseignantes et enseignants. De ce nombre, deux enseignantes ont accepté de participer. Lorsque la personne signifiait son intérêt à participer, nous lui avons envoyé par courriel le formulaire d'informations et de consentement (annexe J) ainsi que l'activité d'apprentissage et l'hyperlien pour remplir le questionnaire. Ce besoin de recruter des participantes et des participants ayant une expertise en SHF fait ressortir la possibilité d'avoir peu de participantes et de participants. Cette limite nous a incitée à effectuer un

suivi serré des personnes sollicitées provenant du Cégep de Sherbrooke en envoyant à quelques reprises des courriels rappelant notre projet de recherche, comme le suggèrent Fortin et Gagnon (2016).

Finalement, un échantillonnage totalisant treize enseignantes et enseignants a été sollicité pour participer à notre recherche dans le but d'atteindre notre troisième et notre quatrième objectif spécifique en lien avec la validation de l'activité d'apprentissage et la grille d'observation des indicateurs comportementaux. De ce nombre, sept enseignantes ont accepté de participer à notre recherche. Malheureusement, lors de la collecte de données, une personne s'est désistée. Comme l'exposent Fortin et Gagnon (2016) : « le recrutement d'un nombre adéquat de participants et leur maintien dans les études est difficile » (p. 276). Précisons ici que l'ensemble des participantes est de sexe féminin, donc nous avons recours seulement au féminin pour désigner les participantes. Un total de six participantes a pris part à notre recherche. De ce nombre de participantes, quatre proviennent du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu et elles ont peu ou pas d'expérience en SHF, mais connaissent bien la compétence visée et vont éventuellement utiliser l'activité élaborée. Les deux autres participantes proviennent du Cégep de Sherbrooke et possèdent une expertise pertinente en SHF. Comme le soulignent Macnee et McCabe (2008, dans Fortin et Gagnon, 2016) : « Il est essentiel que l'échantillon reflète bien la population cible, étant donné que les expériences subjectives sont au cœur de l'étude » (p. 278).

3 MÉTHODE ET INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES

Dans cette section, nous abordons les méthodes et les différents instruments de collecte de données. Pour assurer la cohérence et la pertinence avec le type de recherche choisie, la recherche qualitative/interprétative en éducation, nous favorisons une démarche où la chercheuse ou le chercheur et les participantes ou les participants ne sont pas neutres : leurs savoirs, leur savoir-être, leurs attitudes et leurs habiletés, etc., influencent la démarche et la chercheuse ou le chercheur tente de produire un savoir objectif, c'est-à-dire validé par les participantes et les participants (Savoie-Zajc, 2011). Pour chaque instrument de collecte de données, nous mettons en évidence sa pertinence concernant les objectifs spécifiques de

cette recherche. Nous avons utilisé trois outils de collecte de données, parce que nous sommes consciente des limites de chacun. La triangulation permet l'exploration de plusieurs facettes du problème. La triangulation se définit comme étant une stratégie de recherche au cours de laquelle la chercheuse ou le chercheur superpose et combine plusieurs perspectives, qu'elles soient d'ordre théorique ou qu'elles relèvent des méthodes et des personnes (*Ibid.*). De plus, elle favorise l'atteinte du critère de crédibilité (Karsenti et Savoie-Zajc, 2011). Ces auteurs mettent l'accent sur la complémentarité des techniques de collecte de données, où chacune fait émerger des aspects que l'autre ne parvient pas à faire ressortir. Nous avons sélectionné les trois outils suivants : le journal de bord, le questionnaire et l'entrevue semi-dirigée.

3.1 Le journal de bord

Nous référons à la définition du journal de bord de Savoie-Zajc (2011) comme étant un outil de collecte de données d'une importance cruciale, car il rassemble des données de différents ordres, par exemple : les impressions, les sentiments de la chercheuse ou du chercheur pendant la recherche et les éléments significatifs qui sont primordiaux à se remémorer lors de l'analyse des données. En lien avec notre devis méthodologique, l'une des dernières étapes de Paillé (2007) consiste en une réflexion sur le travail de conception. Le journal de bord constitue l'outil réflexif et de consignation tout au long des huit étapes du devis. Il permet d'intégrer une pensée éducative à la conception habituelle d'une activité de manière méthodique et réfléchie. (*Ibid.*, 2007) Le journal de bord contribue à atteindre le premier objectif spécifique de notre recherche concernant la conception de l'activité d'apprentissage. Comme l'énonce Savoie-Zajc (2011) : « Les renseignements réunis dans le journal de bord sont donc précieux, car ils ajoutent aux données un contexte psychologique éclairant, et non uniquement contextuel » (p. 145). Tout au long de la recherche, nous avons noté et justifié les décisions prises ainsi que les réflexions effectuées. De plus, le journal de bord a été consulté régulièrement lors de l'analyse et l'interprétation des données. Ainsi, nous considérons que le journal de bord de la chercheuse a également été contributif à l'atteinte des troisième et quatrième objectifs spécifiques de notre recherche.

3.2 Le questionnaire

Nous avons choisi l'utilisation du questionnaire pour collecter nos données. Fortin et Gagnon (2016) le définissent comme étant « un instrument de collecte des données qui exige du participant des réponses écrites à un ensemble de questions » (p. 326). Le but du questionnaire est de recueillir de l'information sur les impressions et les opinions des participantes et des participants (*Ibid.*). Ces informations obtenues permettent d'atteindre nos derniers objectifs spécifiques : valider l'activité d'apprentissage de collaboration interprofessionnelle ainsi que la grille d'observation des indicateurs comportementaux de la compétence de collaboration interprofessionnelle pendant la SHF auprès d'enseignantes et d'enseignants du programme de Soins infirmiers. Comme l'exposent les auteures, le questionnaire permet l'anonymat, ce qui incite les participantes et les participants à s'exprimer plus librement (*Ibid.*). Le questionnaire utilisé est présenté à l'annexe N. Avant de procéder à l'envoi du questionnaire, nous avons effectué un prétest de celui-ci en le soumettant à une enseignante du département de Soins infirmiers du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu qui ne participe pas à la recherche. Ce prétest du questionnaire a contribué à ce qu'il soit clair, rigoureux et concis comme le proposent Karsenti et Savoie-Zajc (2011).

Pour les besoins de notre recherche, nous avons envoyé le même questionnaire à toutes les participantes. Le questionnaire a permis de rejoindre rapidement celles-ci, ce qui a facilité la participation à la recherche. Nous avons utilisé un questionnaire inspiré de celui de Joly (2013). Notre questionnaire est divisé en trois parties. La première partie contient des questions ouvertes concernant des informations personnelles sur les participantes, par exemple : les années d'expérience en enseignement et dans la profession infirmière, leur définition de la collaboration, etc. Cette partie nous a amenée à connaître le point de vue ou l'expérience des participantes. Comme le soulignent Fortin et Gagnon (2016) : « en accordant la place prépondérante à la perspective des participants, la recherche qualitative ouvre la voie à une connaissance intériorisée des dilemmes et des enjeux auxquels les personnes font face » (p. 190).

Ensuite, la deuxième partie du questionnaire concerne l'activité d'apprentissage en SHF et un plan à suivre lors de son déroulement. Cette partie du questionnaire comporte 19 questions fermées de type dichotomique, qui nous ont permis de récolter des données quantitatives. Trois questions ouvertes visent à obtenir des précisions supplémentaires (*Ibid.*) Elles concernent la clarification des rôles dans la collaboration interprofessionnelle et l'appréciation globale des participantes. Ces différentes parties du questionnaire nous amènent à répondre au troisième objectif spécifique. À chaque question fermée, un endroit prévu pour écrire des commentaires, des opinions, etc., visait à obtenir des précisions supplémentaires. Les données quantitatives ajoutées aux données qualitatives permettent une approche mixte « où des données qualitatives sont jumelées à des données quantitatives afin d'enrichir les perspectives » (Karsenti et Savoie-Zajc, 2011, p. 116). De plus, leur analyse est peu coûteuse et rapide (Fortin et Gagnon, 2016). Pour répondre au dernier objectif spécifique concernant la validation de la grille d'observation des indicateurs comportementaux, les participantes devaient répondre à la section de la deuxième partie du questionnaire concernant la grille d'observation d'indicateurs comportementaux de la compétence de collaboration interprofessionnelle.

Dans la troisième partie du questionnaire, trois questions ouvertes concernent l'appréciation générale de l'activité d'apprentissage et de la grille d'observation. Cette partie met l'accent sur des données qualitatives et l'importance de recueillir le point de vue des participantes et participants. Cet accès privilégié permet de comprendre la dynamique du phénomène étudié en respectant une perspective interprétative (Karsenti et Savoie-Zajc, 2011). Les éléments que nous avons validés dans l'activité de SHF incluent : la conception de l'activité de SHF, la définition claire et précise des rôles et des responsabilités de chaque membre, la réalité de la situation clinique, l'accessibilité ainsi que la facilité à utiliser l'activité d'apprentissage en SHF. Concernant la grille d'observation et considérant que la mise à l'essai de l'activité de SHF n'a pas eu lieu auprès des étudiantes et des étudiants, nous avons ressorti certains comportements et attitudes qui devraient être présents chez les étudiantes et les étudiants lors de la SHF : le partage d'un but commun de même que la capacité de faire confiance à l'autre. De plus, nous avons validé la conception de la grille,

son utilité ainsi que sa facilité d'utilisation par les enseignantes et les enseignants. L'analyse des questions fermées de type dichotomique a permis la préparation de la deuxième phase de la collecte de données : les entrevues semi-dirigées.

3.3 L'entrevue semi-dirigée

Le troisième outil de collecte de données choisi pour notre recherche est l'entrevue semi-dirigée. Nous utilisons la définition de Savoie-Zajc (2009) comme étant :

une interaction verbale entre des personnes qui s'engagent volontairement dans pareille relation afin de partager un savoir d'expertise, et ce, pour mieux dégager conjointement une compréhension d'un phénomène d'intérêt pour les personnes en présence (p. 339).

Lors de l'analyse des questionnaires reçus, nous avons décidé de privilégier l'entrevue semi-dirigée individuelle pour orienter la collecte d'informations et préciser les informations obtenues (Karsenti et Savoie-Zajc, 2011). Le choix de l'entrevue semi-dirigée, tout comme le type de recherche et l'approche méthodologique choisis, nous ont permis de clarifier ce que l'autre pense et qui ne peut être observé. En somme, l'entrevue semi-dirigée individuelle donne un accès privilégié à l'expérience humaine (Savoie-Zajc, 2009). Nous nous sommes inspirée de Savoie-Zajc (2009) pour le modèle d'entrevue en trois parties : l'ouverture, l'entrevue et la conclusion. Le schéma d'entrevue est présenté à l'annexe O. Les thèmes abordés ont été les mêmes pour toutes les entrevues pour assurer une constance d'une entrevue à l'autre. Par contre, en accord avec Savoie-Zajc (2011) l'ordre et la nature des questions ont différé d'une entrevue à l'autre en fonction des réponses obtenues des participantes.

Six entrevues semi-dirigées individuelles ont été effectuées avec les participantes qui avaient rempli préalablement le questionnaire. Par ailleurs, les entrevues semi-dirigées, avec le consentement des participantes, ont été enregistrées pour faciliter la retranscription des données et l'analyse de celles-ci comme le suggèrent Fortin et Gagnon (2016). Deux entrevues individuelles téléphoniques, de 50 minutes chacune, ont été effectuées avec les

participantes de Sherbrooke. Il a été convenu d'utiliser la voie téléphonique pour contourner les contraintes de temps et de distance.

Comme il l'a été entendu avec le CÉR de Saint-Jean-sur-Richelieu, les participantes choisies pour les entrevues devaient avoir complété le processus d'évaluation administrative. Parmi les participantes ayant répondu au questionnaire, une seule participante n'avait pas terminé son évaluation administrative. De ce fait, il y a eu trois entrevues semi-dirigées individuelles avec les participantes du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu. La durée moyenne de chaque entrevue a été de 40 minutes. Les entrevues ont permis d'aller plus loin dans la compréhension des réponses des participantes au questionnaire concernant la validation de l'activité d'apprentissage et de la grille d'indicateurs comportementaux.

4 DÉROULEMENT ET ÉCHÉANCIER

Dans cette partie du chapitre, nous présentons le déroulement et l'échéancier de notre recherche en indiquant notre cheminement. La présente recherche s'est amorcée à l'automne 2016 pour se terminer à l'automne 2018. Le tableau suivant montre le déroulement et l'échéancier parcouru.

Tableau 5
Cheminement semestriel

Phases	Durée
Conception de l'activité d'apprentissage SHF	Automne 2017
Validation du questionnaire/canevas d'entrevue	Hiver 2018
Collecte de données (questionnaire, entrevues semi-dirigées)	Hiver 2018 Été 2018 Automne 2018
Analyse et interprétation des données	Hiver 2018 Printemps 2018 Été 2018 Automne 2018
Rédaction du rapport de recherche	Automne 2018
Dépôt final	Hiver 2019

Notre recherche s'est déroulée en plusieurs phases. Après avoir identifié notre problème de recherche et établi l'objectif général, nous avons développé le cadre théorique et déterminé les objectifs spécifiques. À la suite de la sélection de notre moyen d'apprentissage - la simulation haute-fidélité -, nous nous sommes éduquée à cette nouvelle technologie avec notre recension des écrits, mais aussi avec des formations accréditées en présentiel. En concomitance avec cette première phase, nous avons commencé la deuxième phase, celle de la conception de l'activité d'apprentissage en simulation haute-fidélité et de la grille d'indicateurs comportementaux de la collaboration interprofessionnelle. Nous y viendrons plus spécifiquement dans la section ultérieure. La dernière phase consistait à valider par des pairs l'activité d'apprentissage de SHF et la grille. À ce propos, Paillé (2007) s'est penché sur des devis méthodologiques qui peuvent être utilisés dans un contexte de maîtrise professionnelle. Selon le devis de conception d'activités que nous avons utilisé, il est possible de remplacer l'étape de mise à l'essai par une étape de validation par les pairs, comme nous l'avons fait (*Ibid.*). Nous exposons, à l'annexe P, la correspondance entre les étapes de conception d'activités de Paillé (2007) et les démarches effectuées par la chercheuse qui sont inspirées de Deschênes *et al.*, (2016); Simoneau et Paquette, (2014); Motola, (2013); Simoneau, (2012); HAS, (2012); INASCL (2011).

4.1 Conception de l'activité d'apprentissage

Dans cette section, nous mettons en lumière les étapes du processus de conception et réalisation de l'activité d'apprentissage. Les premiers mois de l'automne 2017 nous ont permis de répondre au premier objectif de notre essai. À partir des écrits consultés, des formations suivies, nous avons choisi les moyens d'apprentissage qui seraient utilisés pour notre recherche. L'activité d'apprentissage a pris la forme d'une activité de simulation haute-fidélité, durant cette étape, nous avons continué la tenue du journal de bord afin de noter nos réflexions et nos idées.

Notre cadre théorique et conceptuel nous propose l'application des principes concernant la SHF (INASCL, 2011 ; HAS, 2012 ; Motola, 2013 ; Deschênes *et al.*, 2016). Ces principes soutiennent la démarche que nous avons suivie et qui nous dirige. Pour la chercheuse, l'étape de conception de l'activité d'apprentissage précède l'expérimentation qui, dans cette recherche, consiste en la validation de l'activité d'apprentissage ainsi que de la grille d'observation des indicateurs comportementaux. Plus spécifiquement, pour notre recherche, nous avons suivi les étapes tirées du cadre théorique et conceptuel, c'est-à-dire : l'identification des objectifs d'apprentissage, la rédaction du scénario visant ces objectifs, la préparation des équipements, la préparation du matériel vidéo, la structuration de la séquence préparatoire (le breffage), le déroulement et la variation du scénario ainsi que la structuration de la séquence d'évaluation incluant la grille d'observation et la fin de séance (le débrefage).

Nous avons regroupé les étapes énumérées ci-dessus dans un document intitulé : Guide de la facilitatrice ou du facilitateur. La présentation complète du guide est à l'annexe Q. Pour les besoins de notre recherche, notre activité d'apprentissage prend la forme d'un guide de la facilitatrice ou du facilitateur pour l'activité de collaboration interprofessionnelle. Ce guide contient d'abord la présentation du scénario, puis la section I qui équivaut au guide de breffage, expliquant les différentes étapes à suivre lors de celui-ci. La section II du guide présente le résumé de la situation de la patiente, les connaissances prérequis, les lectures préalables, les consignes aux étudiantes et aux étudiants ainsi que les objectifs d'apprentissage. Cette section est à envoyer aux étudiantes et aux étudiants une

semaine avant l'activité de SHF. La section III du guide comprend le déroulement du scénario, c'est-à-dire le profil de la patiente, les réglages initiaux du simulateur. La section IV contient un résumé des étapes et des variations possibles de l'activité en SHF. La section V contient la grille d'observation des indicateurs comportementaux. La section VI, la dernière section du guide, permet de baliser le débriefage. La figure 2 représente un schéma conceptuel des différentes parties de notre activité d'apprentissage.

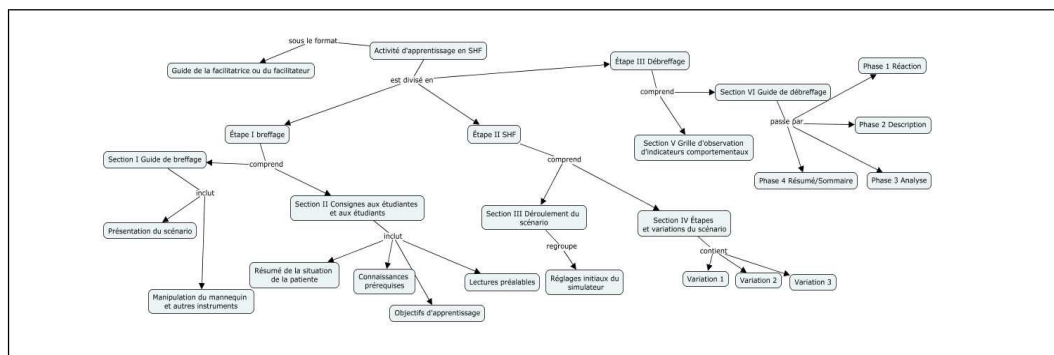


Figure 2 Activité d'apprentissage SHF sur la collaboration interprofessionnelle

4.2 Conception de la grille d'observation des indicateurs comportementaux

Dans la poursuite de l'atteinte de nos objectifs, plus spécifiquement le deuxième objectif, nous avons développé une liste de vérification d'indicateurs comportementaux sous la forme d'une grille d'observation. Comme il a été mentionné, la grille est contenue dans le Guide de la formatrice ou du formateur, plus précisément à la section V de l'annexe Q. Pour la conception de la grille, nous nous sommes appuyée sur les concepts de notre cadre de référence, tout d'abord à partir de la compétence ministérielle 01QD du programme de Soins infirmiers *180.A0* : Établir des relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants (Gouvernement du Québec, 2007). Nous avons ressorti les éléments observables qui nous semblaient les plus pertinents. De plus, nous nous sommes inspirée des conditions essentielles à la collaboration interprofessionnelle : partager un but commun, se faire confiance et se sentir partenaire ainsi que formaliser les relations sous forme d'entente consensuelle. Les avantages de la collaboration interprofessionnelle (la satisfaction au travail, le partage de l'expertise et l'approche intégrée et holistique) nous ont guidée pour élaborer les éléments observables et les critères

de performance de la grille d'observation (Asmar, 2007 ; D'Amour, 2001; D'Amour et Oandasan, 2004).

4.3 Validation de l'activité d'apprentissage et de la grille d'observation

La validation se rapporte aux dernières étapes du devis de Paillé (2007). Nous avons effectué une vérification de la correspondance de tous les éléments de l'activité d'apprentissage et de la grille d'observation avec le cadre conceptuel comme le propose l'étape six de Paillé (2007). L'étape de validation de l'activité d'apprentissage concernant la SHF et la grille d'observation d'indicateurs comportementaux de la collaboration interprofessionnelle correspondent à l'étape sept de Paillé (2007), soit la réflexion sur le travail de conception. De plus, cette validation de l'activité de SHF et de la grille a été effectuée auprès des participantes, qui sont décrites dans la section deux – Les Participantes/Participants. La première phase de validation a eu lieu à l'hiver 2018. Les prochains paragraphes expliquent ces démarches.

Après l'obtention du certificat d'approbation éthique du CÉR du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu, nous avons communiqué par courriel avec les enseignantes et les enseignants ayant une charge d'enseignement à temps complet avec les étudiantes et les étudiants de la sixième session afin de les inviter à participer à une rencontre d'informations. La rencontre a eu lieu le 26 février 2018 au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu. Lors de cette rencontre explicative, nous avons distribué le document du consentement (annexe I), le Guide de la facilitatrice et du facilitateur (annexe Q) ainsi que le questionnaire de validation (annexe N). De plus, lors de ces rencontres, les formulaires de consentement ont été signés et nous les avons conservés. Nous avons aussi envoyé un hyperlien aux participantes pour leur permettre de remplir le questionnaire par voie électronique.

À la suite de l'obtention du certificat d'approbation éthique du CÉR du Cégep de Sherbrooke, nous avons sollicité la coordination départementale du programme de Soins infirmiers en mars 2018 pour établir un premier contact avec des enseignantes et des enseignants ayant une charge d'enseignement à temps complet avec les étudiantes et les étudiants de la sixième session ainsi qu'une expérience pertinente en SHF. Lorsque nous

avons reçu des réponses positives des enseignantes et des enseignants, nous avons retourné un envoi électronique contenant : un document explicatif de notre recherche incluant le consentement de la personne (annexe M) (qui devait nous être retourné signé si la réponse était positive pour participer à la recherche), le Guide de la facilitatrice et du facilitateur (annexe Q) ainsi que l'hyperlien pour le questionnaire de validation (annexe N).

La collecte de données à l'aide du questionnaire a eu lieu de février 2018 jusqu'en avril 2018. À la suite de cette collecte, l'analyse et l'interprétation des résultats ont eu lieu du mois d'avril 2018 à juin 2018. Brièvement, l'analyse des données quantitatives a été faite dans un premier temps et, par la suite, les données qualitatives ont été regroupées sous de grands thèmes. Lorsque les résultats étaient mitigés, c'est-à-dire que le résultat quantitatif ne coïncidait pas avec les commentaires ou les suggestions reçus ou qu'il manquait des éléments, nous avons planifié en discuter lors des entrevues.

Cette simultanéité [collecte et analyse] force le chercheur à mettre en lumière ses biais par rapport aux données [...] et à retourner sur le site de recherche pour mettre à l'épreuve les catégories d'analyse émergentes et les interprétations qu'il croit pouvoir en déduire (Savoie-Zajc, 2011, p. 137).

Simultanément à ce processus d'analyse et d'interprétation des données, nous avons dû soumettre une deuxième demande à chacun des CÉR pour nous permettre de poursuivre notre recherche à l'aide de notre deuxième instrument de collecte de données. Les buts et les considérations éthiques de notre recherche ont été réexpliqués aux CÉR en utilisant un second formulaire d'informations et de consentement pour chacun des cégeps (annexe L et annexe M).

Au Cégep de Sherbrooke, le CÉR a émis un deuxième certificat éthique (annexe K), en mai 2018, pour les entrevues semi-dirigées. Pour ce cégep, la première entrevue, d'une durée de 40 minutes, s'est déroulée le 28 mai 2018. De plus, la participante nous a fait parvenir ses commentaires inscrits dans le Guide de la facilitatrice et du facilitateur (annexe Q). La seconde entrevue, d'une durée de 50 minutes, s'est déroulée le 6 juin 2018. Au cégep Saint-Jean-sur-Richelieu le CÉR considérait que notre demande n'était pas un

second projet, mais plutôt une demande de modifications à notre projet initialement évalué. Il estimait que le premier certificat éthique émis (annexe G) couvrait la protection des participantes et des participants. Par contre, le CÉR nous accordait leur approbation en délivrant le certificat éthique en septembre 2018 conditionnellement à ce que toutes les participantes aient terminé leur évaluation administrative. L'évaluation administrative doit permettre de porter un jugement éclairé et équitable concernant le réengagement des enseignantes et enseignants ayant moins de deux années de service. Lors d'une assemblée départementale présidée par la coordonnatrice, les membres du département adoptent ou à amendent la recommandation du comité d'assistance et d'évaluation. Donc, une participante a été exclue pour éliminer toute possibilité de conflit d'intérêts compte tenu du poste de coordonnatrice occupé par la chercheuse. La première entrevue, d'une durée de 30 minutes, s'est déroulée le 25 septembre 2018, la deuxième entrevue, d'une durée de 28 minutes, le 27 septembre 2018 et la troisième entrevue, d'une durée de 40 minutes, le 28 mai 2018.

5 MODALITÉS D'ANALYSE DES DONNÉES

Dans cette section, nous allons présenter notre démarche d'analyse des données qualitatives et quantitatives issues des outils utilisés. L'analyse amène le chercheur à découvrir les liens entre les données (Deslauriers, 1991, dans Savoie-Zajc, 2011). Miles et Huberman (2003) définissent l'analyse des données comme un processus au cours duquel la chercheuse ou le chercheur catégorise et condense les données collectées. Pour chaque type de données, nous avons procédé à une modalité d'analyse distincte.

Puisque notre questionnaire a permis d'obtenir une certaine quantité de données quantifiables, nous avons comptabilisé les données recueillies et déterminé le pourcentage de réponses affirmatives et de réponses négatives concernant les questions fermées. Nous présentons dans le prochain chapitre les résultats sous forme de tableaux.

Afin d'exposer le plus objectivement possible les données qualitatives obtenues à l'aide du questionnaire, nous avons procédé à l'analyse de ces données à l'aide d'un instrument inspiré de Joly (2013). Cet instrument consiste en une grille d'analyse des

données qualitatives concernant le questionnaire (annexe R). Les données qualitatives issues du questionnaire de validation sont principalement les commentaires et les suggestions que la participante pouvait ajouter au besoin après chaque question fermée. Comme Joly (2013), nous avons séparé les données qualitatives en deux catégories, soient les commentaires ou les suggestions. Ainsi toutes les données reçues ont été classées dans l'une ou l'autre des catégories. Chaque section de la grille d'analyse regroupe les questions relatives à la validation en se référant à la section du Guide de la facilitatrice ou du facilitateur. Nous avons aussi prévu de catégoriser les questions concernant les caractéristiques des participantes. La catégorisation a permis la mise à jour de catégories selon un modèle ouvert, c'est-à-dire des catégories qui n'étaient pas prédéterminées et qui émergeaient de l'analyse (Miles et Huberman, 2003).

Dans un deuxième temps, afin de développer une vue d'ensemble des données recueillies lors des entrevues semi-dirigées, nous avons procédé à la transcription des entrevues sous forme de comptes rendus que nous avons relus à plusieurs reprises. Par la suite, les données ont été codifiées pour permettre une réduction de celles-ci. Nous avons partagé les données en deux catégories : les commentaires et les suggestions à l'aide d'une grille d'analyse (annexe S) inspirée de Joly (2013). L'analyse des données dégagées lors des entrevues semi-dirigées a été effectuée en regard du cadre théorique. Par la suite, un texte descriptif, des tableaux ou des schémas ont aidé à synthétiser l'information afin d'élaborer des conclusions qui sont explicitées tout au long du prochain chapitre.

6 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le Code de Nuremberg (1947) a été un des premiers documents normatifs d'une longue série pour établir les règles et les principes à respecter en recherche avec des êtres humains. Il survient à la suite de nombreuses violations des droits de la personne. Ses principes sont fondés sur le respect de la dignité humaine (Fortin et Gagnon, 2016). Ces auteurs rapportent que : « le respect de la dignité humaine s'exprime par les trois principes directeurs suivants : 1) le respect des personnes ; 2) la préoccupation pour le bien-être ; 3) la justice » (*Ibid.*, p. 154).

Dans le cadre de notre recherche, pour assurer le principe du respect des personnes, nous avons respecté le consentement libre et éclairé des personnes participant à des recherches. Ainsi, nous avons tenu une séance d'information pour informer les participantes du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu de la nature et des objectifs de la recherche, ainsi que de tous les risques inhérents au projet, et ce, avant qu'elles ne s'y impliquent et tout au long du processus de la recherche. De plus, nous avons fourni un document d'information pour le questionnaire et un autre pour l'entrevue semi-dirigée. Ces documents abordent les points suivants : le but de la recherche, ce que les participantes et participants auront à faire, les bénéfices, les risques et les inconvénients potentiels, ainsi que l'utilisation qui sera faite des renseignements recueillis. Ces documents informatifs ont également été envoyés aux participantes du Cégep de Sherbrooke. Donc, toutes les participantes ont reçu les informations essentielles sur la recherche. Ces documents ont permis aux personnes sollicitées de prendre une décision éclairée. Leur consentement a été donné librement, en toute connaissance de cause. Les participantes étaient libres de se retirer en tout temps de la recherche en signifiant leur désir à la chercheuse ou en ne remplissant pas le questionnaire, et ce, sans préjudice et sans devoir justifier leur décision.

De plus, pour assurer le principe de la préoccupation du bien-être qui englobe le respect de la vie privée, nous avons prévu que la seule information concernant l'identité des personnes participantes serait qu'elles proviennent des cégeps offrant le programme de Soins infirmiers. Les cégeps sont identifiés par une lettre et les participantes et les participants par un chiffre. Par exemple, A-1 et A-2 indiquent deux personnes participantes pour un même cégep. Les questionnaires électroniques sont tous anonymes, un code leur est attribué lors de leur réception. C'est-à-dire que la chercheuse a attribué une lettre aux participantes du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu et un chiffre déterminé par le moment où la chercheuse a reçu le questionnaire. Par exemple, le premier questionnaire a reçu le code A1. Une démarche similaire a été faite pour le Cégep de Sherbrooke, sauf que la lettre attribuée était différente. Dans un autre ordre d'idées, la chercheuse a classé les copies des consentements du questionnaire et des entrevues semi-dirigées séparément. De plus, elles sont conservées au bureau de la chercheuse, dans un classeur sous clé. Les consentements

seront déchiquetés cinq ans après la fin de ce projet de recherche. Les questionnaires électroniques reçus et les données analysées sont gardés dans un ordinateur protégé par un mot de passe, seule la chercheuse a accès à ces questionnaires et à ces données.

Pour le principe de justice, les participantes à ce projet s'exposaient à très peu de risques de vivre les inconvénients que décrivent Fortin et Gagnon, (2016). Les personnes participantes ont été invitées à donner leur opinion sur la conception d'une activité d'apprentissage soumise par la chercheuse. Il y a donc peu de risques, car les sujets abordés dans le cadre de cette recherche étaient essentiellement de nature pédagogique. De plus, le développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle est un des éléments importants dans l'enseignement des soins infirmiers. Les participantes ont eu la possibilité de prendre un temps d'arrêt pour réfléchir sur le développement de cette compétence. Nous étions préoccupée par le biais de la désirabilité (Savoie-Zajc, 2009), c'est-à-dire le désir de la personne interviewée de rendre service ou d'être bien vue. En effet, en tant que collègues de travail, désirant nous plaire, certaines enseignantes auraient pu manifester une retenue dans leurs propos. À l'opposé, pour ne pas nous déplaire, elles auraient pu n'émettre que des commentaires positifs quant à leur appréciation de l'activité d'apprentissage et de la grille. Pour diminuer l'importance et l'impact de ce biais, nous avons encouragé les participantes à être le plus honnête possible. Dès le début, nous leur avons mentionné que nous considérons leurs critiques comme constructives et que celles-ci permettraient l'amélioration de l'activité d'apprentissage et de la grille d'autant plus que nous sommes novice en matière de SHF. De plus, pour respecter ce principe et minimiser ce biais, nous avons exclu une participante de l'entrevue semi-dirigée, afin d'éviter un possible conflit d'intérêts étant donné son statut d'emploi non permanent.

Les démarches de considérations éthiques ont été respectées avant d'amorcer la validation de l'activité d'apprentissage et de la grille d'observation des indicateurs comportementaux. Tout d'abord, nous avons vérifié l'existence de Comité d'éthique à la recherche (CÉR) auprès des deux cégeps (Saint-Jean-sur-Richelieu et Sherbrooke), où nous désirions faire valider nos outils. Les deux cégeps sont dotés d'un tel comité. Après avoir soumis une demande d'autorisation concernant le questionnaire auprès des deux CÉR,

celle-ci a été acceptée en novembre 2017 par le Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu et en décembre 2017 par celui de Sherbrooke. À la suite de la réception des deux certificats d'éthique de chacun des CÉR (annexe G et annexe H), nous avons commencé les démarches de sollicitation des participantes et participants au début de la session d'hiver 2018.

7 RIGUEUR ET SCIENTIFICITÉ

La rigueur et la scientificité en recherche s'appuient sur quatre critères méthodologiques. Selon Savoie-Zajc (2011) : « les critères de rigueur, sortes de règle d'évaluation proviennent pour ainsi dire d'un consensus dans une communauté scientifique qui partage une même épistémologie » (p. 140). Les critères méthodologiques de crédibilité, transférabilité, fiabilité et confirmation permettent d'assurer rigueur et scientificité à la recherche.

7.1 La crédibilité

Pour Savoie-Zajc (2011), la crédibilité consiste à s'assurer que l'interprétation des données est plausible et reflète la réalité du phénomène étudié. Nous avons utilisé la triangulation comme moyen d'assurer ce critère. Dans le cadre de notre recherche, nous avons privilégié différents outils de collecte de données tels que : le journal de bord, le questionnaire et l'entrevue semi-dirigée. Nous avons été présente tout au long du processus de recherche, ce qui soutient la crédibilité des interprétations, puisque nous avons acquis une compréhension fine des dynamiques des contextes comme le souligne Savoie-Zajc, (2011). De plus, nous avons sollicité l'aide d'une personne experte pour valider le questionnaire et démontrer notre souci de respecter le critère de crédibilité.

7.2 La transférabilité

Selon Fortin et Gagnon (2016), la transférabilité consiste à pouvoir adapter les résultats selon les contextes. Dans le cadre de cette recherche, privilégiant la conception d'activité d'apprentissage, nous avons porté une attention particulière à décrire, de façon détaillée, le contexte de réalisation de notre recherche pour que d'éventuelles utilisatrices

ou utilisateurs puissent avoir toutes les informations en main afin de juger de la possibilité d'intégrer cette activité d'apprentissage SHF à leur programme de Soins infirmiers. Nous avons présenté les caractéristiques de notre échantillonnage pour soutenir ce critère à la section deux – Les participantes/participants de ce chapitre.

7.3 La fiabilité

La fiabilité : « porte sur la cohérence entre les questions posées au début de la recherche, l'évolution qu'elles ont subie, la documentation de cette évolution et les résultats de la recherche » (Savoie-Zajc, 2011, p. 141). Pour assurer ce critère, nous avons utilisé la triangulation du chercheur et le journal de bord. Par exemple, nous y avons noté nos différentes décisions prises pendant la recherche et les caractéristiques des participantes. Ces méthodes aidèrent à assurer la cohérence entre les résultats et le déroulement de l'étude, ainsi que la clarté du fil conducteur.

7.4 La confirmation

Fortin et Gagnon (2016) définissent la confirmation comme étant un processus d'objectivation par lequel la chercheuse ou le chercheur s'assure que la démarche de recherche produit des données et des interprétations crédibles et objectives qui ne reflètent en rien le point de vue de la chercheuse ou du chercheur. Pour atteindre ce critère, « il importe que les outils de collecte de données soient justifiés par le cadre théorique, que les formes d'analyse appliquées soient décrites et qu'il y ait cohérence entre les deux » (Savoie-Zajc, 2011, p. 141). Ainsi, pour l'atteinte de ce critère, nous avons détaillé et justifié rigoureusement nos instruments de collecte de données ainsi que notre démarche d'analyse.

Nous estimons avoir pris les moyens nécessaires pour garantir les quatre critères et ainsi assurer la rigueur scientifique et faire preuve de scientificité.

QUATRIÈME CHAPITRE

LA PRÉSENTATION ET L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Ce quatrième chapitre présente les résultats obtenus à l'aide du questionnaire et des entrevues semi-dirigées ainsi que l'analyse de ceux-ci. Rappelons-nous que la validation de l'activité d'apprentissage et la grille d'observation des indicateurs comportementaux par les participantes nous ont permis de répondre au troisième et quatrième objectifs spécifiques de notre recherche.

Ce chapitre est divisé en sept sections. Dans la première section, nous présentons les caractéristiques des participantes incluant leur définition du concept de collaboration interprofessionnelle. La seconde section met en lumière les résultats quantitatifs issus du questionnaire. La troisième section est consacrée aux résultats qualitatifs obtenus lors du questionnaire, alors que la quatrième présente les résultats qualitatifs issus de l'entrevue semi-dirigée. La cinquième section traite de l'interprétation des résultats quantitatifs. La sixième section est consacrée à l'interprétation des résultats qualitatifs issus du questionnaire et des entrevues. Dans chaque section qui traite de l'interprétation des résultats, nous ressortons l'adéquation de l'activité d'apprentissage et de la grille d'observation des indicateurs comportementaux au regard du cadre de référence. La dernière section, la section sept, sert à présenter une synthèse des modifications retenues en regard de l'activité d'apprentissage et de la grille d'observation des indicateurs comportementaux à la suite de l'interprétation des résultats.

1 LA PRÉSENTATION DES CARACTÉRISTIQUES CONCERNANT LES PARTICIPANTES

Cette partie correspond aux questions un à quatre du questionnaire. Elle présente les caractéristiques des participantes et leur définition de la collaboration interprofessionnelle. Six personnes ont répondu au questionnaire, quatre participantes provenant du Cégep Saint-

Jean-sur-Richelieu et deux participantes provenant du Cégep de Sherbrooke. Elles enseignent dans le programme de Soins infirmiers en sixième session. Les participantes détiennent toutes un baccalauréat en Sciences infirmières et une seule participante détient un certificat en pédagogie. Trois participantes cumulent de 11 à 15 années d'expérience et trois participantes ont exercé comme infirmière durant 16 à 20 ans. Leurs expériences professionnelles se caractérisent ainsi : cinq participantes possèdent une expertise sur une unité d'urgence, deux participantes sur une unité de soins critiques, deux participantes sur une unité de médecine, une participante sur une unité de chirurgie et une participante dans un centre de soins de longue durée.

Les deux tableaux suivants présentent, respectivement, les types de postes occupés par les participantes comme infirmière et le nombre d'années d'expérience comme enseignante dans le programme de Soins infirmiers.

Tableau 6
Types de postes occupés dans la profession infirmière

Soins directs aux patientes et aux patients	Assistante infirmière-chef	Gestionnaire d'unité (infirmière-chef)	Coordonnatrice de soins infirmiers
6 participantes	2 participantes	0 participante	1 PARTICIPANTE

Tableau 7
Nombre d'années d'expérience comme enseignante

0-5 ans	6-10 ans	11-15 ans
2 participantes	3 participantes	1 participante

Dans le questionnaire, il a été demandé aux participantes de donner leur définition personnelle de la collaboration interprofessionnelle. Les résultats obtenus, pour la définition de la collaboration interprofessionnelle, sont classifiés en six catégories. Trois participantes ont défini la collaboration comme un travail d'équipe, par exemple : « C'est un travail d'équipe où l'infirmière agit comme un *leader* de cette équipe. La bonne communication

est au cœur d'une bonne collaboration que ce soit avec l'infirmière auxiliaire, le préposé, l'inhalothérapeute, la travailleuse sociale, le médecin, etc. » (A1⁷) et « Il s'agit de travailler en équipe selon la spécialité de chacun dans un but commun soit la résolution de problème du patient. Cela fait appel à une communication fonctionnelle de la part des différents intervenants » (A4). Une autre participante a affirmé :

Travailler en équipe interprofessionnelle ou interdisciplinaire consiste à permettre à des professionnels possédant des connaissances, des compétences et des expériences spécifiques de travailler à la compréhension globale d'une personne dans le but d'intervenir dans une tâche de façon complémentaire (B2).

Deux participantes ont associé la collaboration interprofessionnelle à l'harmonisation des soins, une affirme qu'il faut : « Harmoniser la prodiguation (*sic*) des soins dans le temps et dans la quantité » (B1). Quatre participantes ont souligné la présence d'un but commun : « qu'ils devaient avoir un but commun » ou « Travailler en équipe dans le même but de promouvoir et de maintenir la santé chez un individu » (A2). Trois participantes identifiaient que le patient devait être au centre des soins, « l'interdisciplinarité entre toutes les professions, la communication, l'objectif commun : le patient » (A3). Deux participantes associaient la collaboration avec l'interdisciplinarité. De plus, dans leur définition, trois participantes insistaient sur la communication efficace.

La figure 3 présente les concepts ressortis par les participantes et le nombre d'occurrences y correspondant. Mentionnons que les participantes pouvaient faire référence à plus d'un concept dans leur définition.

⁷ La lettre et le chiffre représentent le code de la participante lors du questionnaire. La lettre A représente les enseignantes n'ayant pas ou peu d'expérience en SHF et la lettre B représente les enseignantes ayant de l'expérience en SHF.

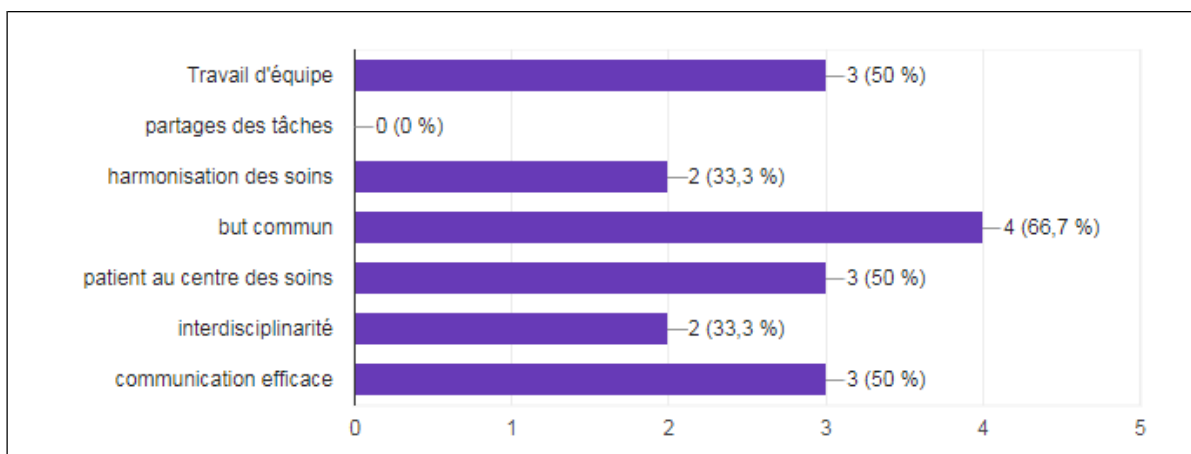


Figure 3 Concepts tirés des définitions de la collaboration interprofessionnelle issues du questionnaire.

2 LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS QUANTITATIFS OBTENUS À L'AIDE DU QUESTIONNAIRE

Pour cette section concernant la présentation des résultats quantitatifs, nous avons séparé en deux sous-sections les résultats obtenus à l'aide du questionnaire. La première sous-section concerne l'activité d'apprentissage et l'autre sous-section concerne la grille d'observation des indicateurs comportementaux.

2.1 La présentation des résultats quantitatifs obtenus concernant l'activité d'apprentissage SHF.

Cette sous-section est consacrée aux résultats quantitatifs obtenus à l'aide des questions 5 à 18 et de la question 30 du questionnaire de validation de l'activité d'apprentissage de SHF (annexe N). Tout d'abord, le tableau 8 présente la compilation des réponses des participantes aux questions fermées 5 à 18 et la question 30 du questionnaire de validation concernant la conception de l'activité d'apprentissage de SHF destinée aux étudiantes et aux étudiantes de sixième session du programme de Soins infirmiers.

Tableau 8
Résultats des données quantitatives des questions 5 à 18 et 30 de l'activité

Critères de validation de l'activité d'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle avec SHF. Questions 5 à 18 et 30	Nombre de participants ayant répondu		Pourcentage de participants ayant répondu	
	oui	non	oui	non
5. Le guide de breffage vous prépare-t-il bien à la séance de SHF ?	6	0	100 %	0 %
6. Les consignes aux étudiantes et aux étudiants du scénario sont-elles claires et sans ambiguïté ?	6	0	100 %	0 %
7. Les consignes du scénario dirigent-elles adéquatement les étudiantes et les étudiants ?	6	0	100 %	0 %
8. La préparation proposée est-elle en lien avec les apprentissages du programme de formation concernant la collaboration interprofessionnelle ?	5	1	83,3 %	16,7 %
9. Les réglages initiaux du simulateur sont-ils adéquats ?	6	0	100 %	0 %
10. La liste de matériel est-elle adéquate ?	5	1	83,3 %	16,7 %
11. Le scénario de SHF représente-t-il un problème courant auquel pourrait faire face une infirmière ou un infirmier entrant sur le marché du travail ?	6	0	100 %	0 %
12. Les différentes variations du scénario proposées sont-elles d'un niveau de difficulté approprié pour une étudiante ou un étudiant de sixième session ?	5	1	83,3 %	16,7 %
13. La réalisation de la SHF proposée fait-elle appel à des compétences acquises dans plusieurs cours du programme ?	6	0	100 %	0 %
14. Croyez-vous que pour réussir la SHF demandée, l'étudiante ou l'étudiant devra exercer son jugement clinique ?	6	0	100 %	0 %
15. Croyez-vous que pour réussir la SHF demandée, l'étudiante ou l'étudiant devra mobiliser plusieurs ressources ?	6	0	100 %	0 %
16. Croyez-vous que pour réussir la SHF demandée, l'étudiante ou l'étudiant devra collaborer avec plusieurs personnes pour intervenir de façon adéquate auprès du simulateur ?	6	0	100 %	0 %
17. Le temps déterminé pour réaliser la tâche vous semble-t-il réaliste ?	6	0	100 %	0 %
18. Le scénario de la SHF permet-il d'expérimenter les rôles de chaque membre de l'équipe soignante ?	3	3	50 %	50 %
30. Le guide du débriefage aide-t-il l'enseignante ou l'enseignant dans sa rétroaction ?	6	0	100 %	0 %

En consultant le tableau 8, nous notons que pour les questions 5, 6, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17 et 30, les six participantes ont toutes répondu « oui » aux questions qui leur demandaient de valider : a) si le guide de breffage prépare bien à la séance de SHF, b) si les consignes aux étudiantes et aux étudiants du scénario sont claires et sans ambiguïté, c) si les consignes du scénario dirigent adéquatement les étudiantes et les étudiants, d) si les réglages initiaux du simulateur sont adéquats, e) si le scénario de SHF représente un problème courant auquel pourrait faire face une infirmière ou un infirmier entrant sur le marché du travail, f) si la réalisation de la SHF proposée fait appel à des compétences acquises dans plusieurs cours du programme, g) si l'étudiante ou l'étudiant devra exercer son jugement clinique, h) si l'étudiante ou l'étudiant devra mobiliser plusieurs ressources (savoirs, savoir-être, savoir-faire), i) si l'étudiante ou l'étudiant devra collaborer avec plusieurs personnes pour intervenir de façon adéquate auprès du simulateur et si le temps déterminé pour réaliser la tâche est réaliste, j) si le guide du débriefage aide l'enseignante ou l'enseignant dans sa rétroaction.

Nous constatons que, pour les questions 8, 10 et 12, cinq des six participantes (83,3 %) ont répondu positivement aux questions qui avaient pour objectif de valider : a) si la préparation proposée est en lien avec les apprentissages du programme de formation concernant la collaboration interprofessionnelle, b) si la liste de matériel est adéquate et si les différentes variations du scénario proposées sont d'un niveau de difficulté approprié pour une étudiante ou un étudiant de sixième session. Pour la question 18, nous observons que trois participantes (50 %) ont répondu positivement et trois participantes ont répondu négativement à la question qui demandait de valider si le scénario de la SHF permet d'expérimenter les rôles de chaque membre de l'équipe soignante. Ce résultat sera traité ultérieurement.

2.2 La présentation des résultats quantitatifs obtenus concernant la grille d'observation des indicateurs comportementaux

Cette partie est consacrée aux résultats quantitatifs obtenus à l'aide des questions 24 à 27 du questionnaire de validation de l'activité d'apprentissage de SHF (annexe N), plus précisément, les questions concernant la validation de la grille

d'indicateurs comportementaux. Tout d'abord, le tableau 9 présente la compilation des réponses des participantes aux questions fermées concernant la grille d'indicateurs comportementaux en lien avec l'activité d'apprentissage de SHF destinée aux étudiantes et aux étudiantes de sixième session du programme de Soins infirmiers.

Tableau 9
Résultats des données quantitatives des questions 24 à 27 de la grille

Critères de validation de la grille d'observation d'indicateurs comportementaux de la compétence de collaboration interprofessionnelle Question 24 à 27	Nombre de participantes ayant répondu		Pourcentage de participantes ayant répondu	
	oui	non	oui	non
24. Les critères de performance vous semblent-ils cohérents pour inférer avec justesse le niveau de maîtrise de la compétence visée par l'activité d'apprentissage ?	6	0	100 %	0 %
25. Le nombre de critères de performance est-il suffisant pour juger du niveau de maîtrise de la compétence visée par l'activité d'apprentissage ?	6	0	100 %	0 %
26. L'échelle d'évaluation de chaque critère de performance vous semble-t-elle pertinente au regard de la tâche globale à réaliser et de la compétence visée par l'activité d'apprentissage ?	6	0	100 %	0 %
27. La grille d'observation des indicateurs comportementaux vous semble-t-elle facile à utiliser ?	6	0	100 %	0 %

En consultant le tableau 9, nous notons que, pour les questions 24, 25, 26 et 27, les six participantes ont toutes répondu « oui » aux questions qui leur demandaient de valider : a) la cohérence des critères de performance pour inférer avec justesse le niveau de maîtrise de la compétence visée par l'activité d'apprentissage, b) le nombre de critères de performance pour juger du niveau de maîtrise de la compétence visée par l'activité d'apprentissage, c) la pertinence de l'échelle d'évaluation de chaque critère de performance au regard de la tâche globale à réaliser et de la compétence visée par l'activité d'apprentissage, d) la facilité d'utilisation de la grille d'observation des indicateurs comportementaux.

3 LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS QUALITATIFS OBTENUS À L'AIDE DU QUESTIONNAIRE

Nous amorçons la présentation des résultats qualitatifs issus du questionnaire. Dans un premier temps, nous présentons une synthèse des commentaires et des suggestions reçus par l'entremise des questions 5 à 18 du questionnaire. Ensuite, nous présenterons les questions 19 à 23 issues du questionnaire concernant l'activité d'apprentissage en SHF et pour terminer les questions concernant la grille d'observation des indicateurs comportementaux.

3.1 La présentation des résultats qualitatifs obtenus concernant l'activité d'apprentissage SHF.

Cette partie présente les résultats qualitatifs qui ont été obtenus à l'aide du questionnaire. Rappelons-nous que, pour chaque question fermée de 5 à 18 et la question 30 du questionnaire, portant sur la validation de l'activité d'apprentissage, les participantes avaient l'occasion de noter leurs commentaires, leurs opinions et leurs suggestions. Nous présentons seulement les questions qui comportent des commentaires, des suggestions, etc.

3.1.1 *Section I : Guide de breffage du Guide de la facilitatrice et du facilitateur*

Concernant la question cinq du questionnaire, à savoir si le guide de breffage prépare bien à la séance de SHF, une participante mentionne que : « la présentation du scénario et les étapes sont simples et nous définissent bien l'activité de simulation » (A2). Une autre participante exprime : « le fait que je débute avec la SHF, je trouve que chaque étape est bien expliquée autant dans le temps que les actes à effectuer » (A4).

3.1.2 *Section II : Consignes aux étudiantes et aux étudiants du Guide de la facilitatrice et du facilitateur*

Concernant la question six du questionnaire, à savoir si les consignes aux étudiantes et aux étudiants du scénario sont claires et sans ambiguïté, les résultats quantitatifs et les commentaires reçus ne coïncident pas. La totalité des participantes a répondu positivement à la question six alors que les commentaires viennent nuancer les résultats. Par exemple,

une participante suggère de modifier l'appellation de la section II : Consignes aux étudiantes et aux étudiants du Guide de la facilitatrice et du facilitateur (annexe Q), car il n'y a pas vraiment de consignes. « Les objectifs d'apprentissage sont pour moi les consignes. J'appellerais cette section autrement » (A2). Une autre suggestion nous a été faite pour cet énoncé, celle-ci concerne la sous-section du guide portant sur le résumé de la situation. La participante suggère de modifier la phrase, dans la section sur le résumé de la situation, qui se lit comme suit « Au début de votre quart de travail, vous débutez votre tournée en dyade soignante » par « Vous débutez votre quart de travail en effectuant votre tournée en dyade soignante » (A4).

Concernant la question huit, nous avons reçu quelques commentaires ou suggestions. Cette question concerne la préparation proposée à la SHF, ce qui coïncide avec la section II du Guide de la facilitatrice et du facilitateur (annexe Q), plus précisément les sous-sections nommées : les connaissances prérequis et les lectures préalables. Une participante nous indique qu'elle les trouve trop dirigées et exhaustives (B2). Une autre personne se questionne à savoir si les étudiantes et les étudiants du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu sont préparés adéquatement pour réussir cette SHF et elle se questionne sur la possibilité de modifier les contenus de cours à l'intérieur desquels la compétence de la collaboration interprofessionnelle est enseignée (voir le tableau 2 du chapitre 1) dans l'éventualité de réaliser l'activité d'apprentissage en SHF (A1).

3.1.3 Section IV : Étapes et variations possibles du Guide de la facilitatrice et du facilitateur

Deux commentaires ont été reçus concernant la question 12, faisant référence à la section IV du Guide de la facilitatrice et du facilitateur (annexe N), sur les différentes variations possibles du scénario proposées et le niveau de difficulté approprié pour une étudiante ou un étudiant de sixième session. Le premier commentaire relève que les interventions de la première équipe (dyade soignante) apparaissent beaucoup plus simples et moins nombreuses que celles pour la deuxième et la troisième équipe (B2). Le second commentaire souligne que : « les scénarios deux et trois amènent les étudiantes et les étudiants à faire preuve de jugement et de prise de décision [objectifs de 6^e session] » (A3).

Concernant la question 18 qui validait que le scénario de la SHF permet d'expérimenter les rôles de chaque membre de l'équipe soignante, le résultat quantitatif obtenu concorde avec le nombre de commentaires et suggestions reçus. Deux participantes ont mentionné de s'assurer que l'activité d'apprentissage utilisant la SHF se déroule avec des étudiantes et des étudiants qui proviennent de l'école de métier⁸. (A1, B2) De plus, il y a plusieurs autres commentaires similaires. Nous avons ressorti deux commentaires qui les résument bien : « On ne doit pas simuler un autre rôle que le sien. Cette simulation devrait être faite avec les SASI (*sic*) » (A4) et « Dans le contexte d'une simulation, il faut jouer son propre rôle, il sera difficile d'expérimenter ceux d'une infirmière auxiliaire et d'un PAB » (A2). Nous présentons une synthèse des commentaires reçus en lien avec cette question que nous regroupons dans le tableau suivant.

Tableau 10
Synthèse des résultats qualitatifs de la question 18

Participantes	Commentaires en lien avec l'expérimentation des rôles de chaque membre de l'équipe soignante
A1	On ne doit pas simuler un autre rôle que le sien. Cette simulation devrait être faite avec une ou un élève de la formation SASI.
A2	Dans le contexte d'une simulation, il faut jouer son propre rôle, il sera difficile d'expérimenter ceux d'une infirmière auxiliaire et d'un PAB.
A3	Aucun.
A4	On ne doit pas simuler un autre rôle que le sien. Cette simulation devrait être faite avec une ou un élève de la formation SASI
B1	Aucun.
B2	Je n'ai pas remarqué de rôles spécifiés (<i>sic</i>) dans le scénario.

Nous venons de présenter les commentaires et les suggestions reliées aux questions 5 à 18 du questionnaire. Nous avons constaté que les résultats à la question 12, en lien avec les variations des scénarios, et à la question 18, en lien avec l'expérimentation des rôles, devaient être approfondis lors des entrevues semi-dirigées. Dans la partie qui suit,

⁸ Formation professionnelle soins, assistance en Soins infirmiers (SASI)

nous présentons les résultats aux questions 19 à 23 du questionnaire en lien avec l'activité d'apprentissage en SHF. Notons ici que nous présentons seulement les questions pour lesquelles il y a des commentaires comme pour les questions 5 à 18.

Concernant la question 19 en lien avec l'appréciation générale du scénario de simulation haute-fidélité, nous avons reçu plusieurs commentaires des participantes et nous les présentons tous. Tout d'abord, une participante affirme que le guide est intéressant et pédagogique (B1), une autre participante exprime qu'il y a une : « bonne évolution dans le degré de difficulté. Cela fera une bonne révision au niveau du système neurologique et cardiaque en plus de la collaboration » (A1). Une participante le trouve très intéressant (B2). Une autre participante affirme :

Je trouve ce scénario et ce guide très bien montés. Les sections sont simples et bien structurées. Elles nous guident et nous définissent bien les attentes et les objectifs visés. L'évolution chez cette patiente est adaptée avec les objectifs de sixième session (A2).

Une participante exprime que le scénario est très réaliste (A3), une autre participante apprécie le scénario, elle écrit : « Le côté évolutif est vraiment intéressant, il permettra aux étudiants de voir différents aspects de l'évaluation d'une chute ainsi que les différentes interventions en lien. Il touche un sujet courant dans les soins » (A4).

La question 20 concerne la clarification des rôles dans l'équipe soignante. Nous avons demandé aux participantes si l'activité d'apprentissage permet de clarifier les rôles de chaque membre de l'équipe pour permettre une collaboration interprofessionnelle efficace (division du travail, répartition des actions et des opérations entre les membres de l'équipe, communication). Nous avons catégorisé les données. Ces catégories ont émergé des données reçues : le travail d'équipe, la délégation des tâches à exécuter, la communication ainsi que la clarification du champ infirmier. La figure 4 représente les quatre thèmes ainsi que les nombres de participantes.

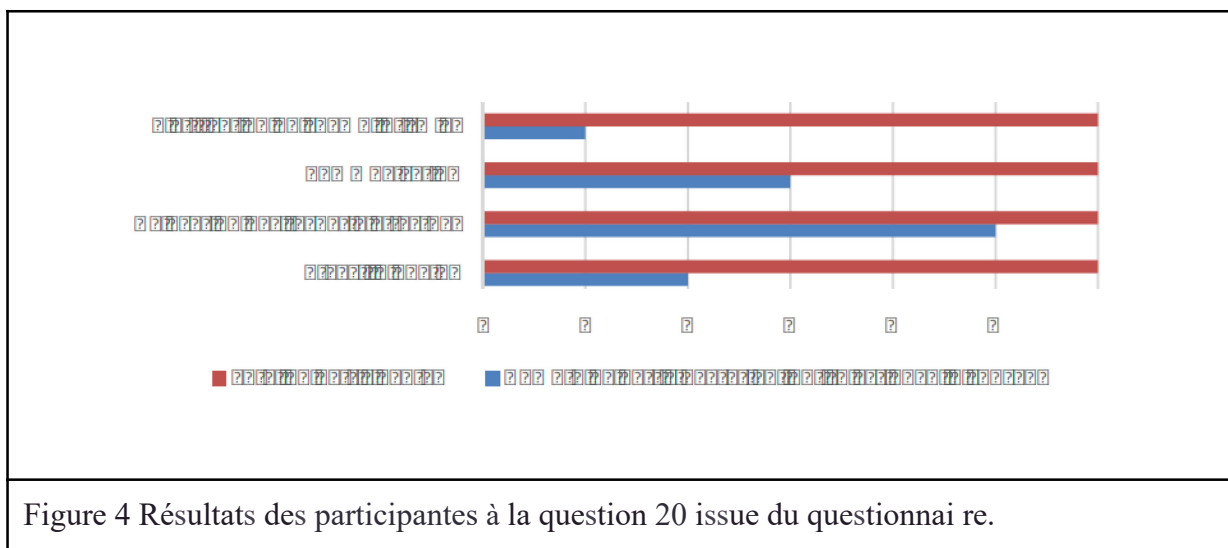


Figure 4 Résultats des participantes à la question 20 issue du questionnaire.

Plus précisément, une participante affirme: « ce n'est pas évident pour les étudiants au début[...], mais je pense qu'il faut se servir de ces situations pour faire valoir et intégrer le travail d'équipe et de collaboration, la gestion des tâches » (B1). Trois participantes font ressortir le travail d'équipe : « oui avec le stress de la simulation, la division du travail [...] » (A1), « oui, cette activité va amener les étudiants à déléguer et à définir qui fait quoi » (A2), « apprendre à déléguer sera une étape importante pour les étudiantes » (A3). Deux participantes soulignent la communication : « la communication sera à surveiller à mon avis » (A1) et « la communication va donc être primordiale si l'on veut être sécuritaire pour cette patiente » (A2). Une autre participante affirme: « je n'ai pas remarqué de spécificités sur les différents rôles » (B2). Une dernière participante exprime :

Si le but est de voir si les étudiants savent faire la différence entre leurs champs de compétences et ceux de l'aux. (*sic*) je ne pense pas que ce soit réaliste puisqu'aucun ne peut prendre la place d'une étudiante infirmière auxiliaire, par contre la collaboration se fait aussi entre infirmières dans une équipe soignante. Donc c'est plausible de voir comment ils peuvent répartir les tâches selon les priorités et surtout de voir la qualité de la communication dans leur équipe ou s'ils sont portés à travailler en unilatéralité (A3).

Concernant la question 22 en lien avec les principales améliorations à apporter au scénario de simulation haute-fidélité, nous avons reçu quelques suggestions. Premièrement, une participante affirme: « il faut d'abord le mettre en pratique et voir les changements à

apporter selon la réaction des étudiants, à savoir s'il manquait des informations » (B1). Une participante se questionne, à savoir si la réponse au PQIRST dans la variation 2, « vous vous frottez la poitrine », est réalisable en simulation (A1). Une autre participante propose de choisir : « des interventions de même niveau et en même nombre pour les trois équipes et en plus de spécifier dans le Guide de la facilitatrice et du facilitateur de stimuler la discussion lors du breffage et non d'effectuer la révision » (B2).

Concernant la question 31 en lien avec l'appréciation générale du Guide de la facilitatrice et du facilitateur, nous présentons une synthèse des commentaires reçus. Tout d'abord, les participantes trouvent que le guide ainsi que les scénarios sont bien élaborés. De plus, les participantes affirment : « Ça sera un défi pour la facilitatrice de prendre des séquences seulement en lien avec la collaboration et je pense qu'il y aura des écarts de performance en lien avec le choix des interventions, le jugement en lien avec la situation » (A1). Certaines participantes (B1 et B2) estiment à « bonne » ou « bien » l'appréciation. Une autre participante (A2) affirme : « J'aime beaucoup. C'est un très bel outil que (*sic*) je vais me servir en tant que novice dans la simulation. Je crois que ça va m'être très utile ». D'autres affirment que le guide est « très pédagogique » (A3) et « facile à comprendre, il cible bien chaque étape, les variations sont claires et elles vont dans un sens évolutif et complémentaire » (A4).

Concernant la question 32 en lien avec les principales améliorations à apporter au Guide de la facilitatrice et du facilitateur, une seule participante s'est exprimée. Elle affirme :

Si ce guide est destiné à une simulation d'une dyade infirmière et infirmière auxiliaire, je ne vois pas de changement à effectuer dans un premier temps. Si on l'utilise juste avec des étudiantes infirmières, il faudra apporter des changements dans la grille d'observation d'indicateurs comportementaux avec tout ce qui attrait (*sic*) au personnel auxiliaire » (A4).

3.2 La présentation des résultats qualitatifs obtenus concernant la grille d'indicateurs comportementaux

Cette partie présente les résultats qualitatifs qui ont été obtenus à l'aide du questionnaire, plus précisément, les résultats issus des questions concernant la grille d'observation d'indicateurs comportementaux de la compétence de collaboration interprofessionnelle. Rappelons-nous que pour chaque question fermée de 24 à 27 du questionnaire, les participantes avaient l'occasion de noter leurs commentaires, leurs opinions et leurs suggestions concernant la grille. De plus dans cette section, nous présentons une synthèse des commentaires et des suggestions reçus par l'entremise des questions 28 et 29 du questionnaire.

L'énoncé 24 concerne la cohérence des critères de performance pour inférer avec justesse le niveau de maîtrise de la compétence visée par l'activité d'apprentissage. Une seule participante a émis un commentaire, elle affirme « qu'ils respectent les objectifs en lien avec la collaboration interpersonnelle » (A2). De plus, cette participante commente l'énoncé 25 en lien avec le nombre suffisant de critères de performance pour juger du niveau de maîtrise de la compétence visée par l'activité d'apprentissage, elle exprime que « ce sont des critères que l'on doit retrouver lorsqu'on agit dans le contexte de ce scénario » (A2).

L'énoncé 28 concerne l'appréciation générale de la grille. Les résultats obtenus concernent la facilité d'utilisation. Quatre participantes expriment que la grille est facile d'utilisation, car elle est simple (A1, B1, B2, A3). Les autres participantes n'ont rien mentionné.

L'énoncé 29 concerne les principales améliorations à apporter à la grille. Cinq participantes affirment qu'il n'y a aucune modification à apporter à la grille d'observation des indicateurs comportementaux, tandis qu'une autre participante (B 2) nous propose d'augmenter l'espace pour les commentaires et d'ajouter une colonne pour l'étudiante infirmière auxiliaire, ce qui constituerait une grille commune pour la dyade soignante. Nous y reviendrons dans la partie de l'entrevue semi-dirigée.

4 LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS QUALITATIFS OBTENUS À L'AIDE DES ENTREVUES SEMI-DIRIGÉES

Dans cette section, nous présentons les résultats qualitatifs obtenus à l'aide des entrevues semi-dirigées. Nous avons sollicité l'opinion des participantes en regard avec certains résultats obtenus à l'aide du questionnaire qu'il nous semblait pertinent d'approfondir. Nous voulions également valider certaines de nos interprétations découlant des entrevues semi-dirigées. Nous avons sollicité l'opinion des participantes sur la façon dont la compétence de collaboration interprofessionnelle se développe. Nous voulions aussi leur permettre de s'exprimer sur l'utilité de l'activité d'apprentissage et de la grille d'observation des indicateurs comportementaux. Premièrement, nous présentons les résultats qualitatifs obtenus concernant le développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle. Deuxièmement, nous exposons les résultats qualitatifs obtenus concernant l'activité d'apprentissage SHF et ensuite, ceux concernant la grille d'observation des indicateurs comportementaux

4.1 La présentation des résultats qualitatifs obtenus concernant le développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle.

Dans la première partie de l'entrevue, nous avons questionné les participantes concernant le développement de la compétence de la collaboration interprofessionnelle. Rappelons que nos entrevues avaient comme but de rendre explicites les propos des participantes. Comme le souligne Savoie-Zajc (2009) : « dans le cadre d'une pareille interaction humaine et sociale, le participant à la recherche est en mesure de décrire, de façon détaillée et nuancée, son expérience, son savoir et son expertise » (p. 324). En ce sens, nous voulions connaître l'expérience détaillée du développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle. Une participante a exprimé que la compétence se développe : « En ayant la chance de se pratiquer avec l'infirmière auxiliaire. Plus on est en situation plus on va avoir de l'expérience. On va savoir comment travailler ensemble, les rôles de chacun, qui peut faire quoi pendant que l'autre fait autre chose » (A1). Une autre participante a commenté le développement :

Étant donné qu'ils prennent en charge un patient ensemble, ils doivent partager les interventions, ils doivent se parler, communiquer. La collaboration passe par la communication. Même si dans la SHF, chacune est infirmière même là il doit y avoir de la collaboration même si c'est des champs de compétences identiques. Il doit y avoir de la collaboration, car elles travaillent dans un but commun qu'est la prise en charge d'un patient (A4).

Cependant, cette même participante a fortement suggéré que la SHF doive se dérouler avec les étudiantes et les étudiants provenant de l'EPM, c'est-à-dire celles et ceux qui seront infirmières auxiliaires ou infirmiers auxiliaires. Une autre participante nous a confié :

Personnellement, je trouve que dans la formation [programme Soins infirmiers], cette compétence [de collaboration interprofessionnelle] est difficile à enseigner. Ce n'est pas facile de prendre la place qui nous revient sans prendre la place des autres. Une bonne infirmière, c'est quelqu'un qui connaît bien sa place. Dans le programme actuellement, peu de place au travail d'équipe interprofessionnel (B1).

Une autre participante a affirmé que, dans son cégep, le développement de cette compétence est intégré dans un stage médecine et chirurgie en utilisant la SHF avec des infirmières auxiliaires ou infirmiers auxiliaires sous forme de projet pédagogique et elle ajoute : « la SHF est faite en préparation aux stages, donc elle favorise le transfert de la compétence en stage » (B2). De plus, la participante A3 affirme que les stages cliniques sont l'endroit où l'on peut voir les étudiantes et les étudiants collaborer avec l'équipe soignante si l'occasion se présente.

Nous avons questionné les participantes sur les connaissances ainsi que les compétences préalables à l'activité d'apprentissage pour développer la collaboration interprofessionnelle. Une personne participante a expliqué que :

Travailler la collaboration interprofessionnelle, ça passe par travailler aussi les attitudes personnelles, la confiance en soi, l'estime de soi, et les valeurs professionnelles. On se rend compte qu'au niveau des attitudes, nous avons un travail à faire pour développer cette compétence. En santé mentale l'outil principal de l'infirmière c'est soi et je crois que pour la collaboration, c'est la même chose (B1).

Une autre participante mentionne que la collaboration débute à l'école. « Les étudiantes et les étudiants doivent expérimenter différentes situations avec d'autres professionnels pour connaître et comprendre l'apport de l'autre professionnel dans leur propre tâche à eux » (B2). Deux participantes ont affirmé que les étudiantes et les étudiants doivent apprendre à travailler ensemble dans le milieu scolaire pour transférer ces acquis dans les milieux de soins (B1, A4). Les trois enseignantes du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu ont fait ressortir, comme connaissances préalables et préparation à la SHF, l'atelier de collaboration qui est destiné aux étudiantes et aux étudiants de cinquième ou sixième session lors de leur dernier stage de médecine. « L'atelier de collaboration en 3^e année, c'est vraiment pour indiquer ce que l'infirmière a droit de faire, l'externe et la CEPI, mais aussi l'infirmière auxiliaire et le PAB » (A3). « L'atelier de collaboration qu'on donne (180-19C, 180-22C) aide un peu à connaître les rôles de chacun. On pourrait enseigner davantage le comment déléguer : qui, quoi, quand et comment (*sic*) » (A1). « On a l'atelier collaboration qui se donne seulement en 3^e année, il y a beaucoup d'étudiants qui aimeraient avoir l'atelier plus tôt dans le programme parce qu'ils trouvent qu'après l'atelier ils savent qui peut faire quoi et où sont les limites de chacun » (A4).

4.2 La présentation des résultats qualitatifs obtenus concernant l'activité d'apprentissage SHF.

Dans la seconde partie de l'entrevue, les participantes ont été questionnées sur l'activité d'apprentissage en SHF et sur la grille d'observation des indicateurs comportementaux. Rappelons que quelques résultats obtenus lors du questionnaire étaient mitigés par exemple ceux de la question 5 concernant la préparation proposée ainsi que ceux de la question 15 concernant le scénario de la SHF et l'expérimentation des rôles de chaque membre de l'équipe soignante. À cet effet, nous les avons approfondis lors des entrevues semi-dirigées.

Deux participantes (A1, A4) réitèrent la suggestion de changer l'appellation de la section II : « Consignes aux étudiantes et aux étudiants du Guide de la facilitatrice ou du facilitateur » par « État de la situation et résumé de la situation », tandis qu'une autre participante (A3) est en désaccord avec le changement d'appellation de la section.

Elle affirme que prendre connaissance de la situation de la patiente, faire les lectures préalables et réactiver les connaissances antérieures sont des consignes aux étudiantes et aux étudiants.

Concernant les connaissances prérequis et les lectures préalables, plusieurs participantes ont suggéré des ajouts ou des modifications à certaines notions. Le tableau qui suit présente la synthèse des modifications suggérées.

Tableau 11
Synthèse des modifications concernant les connaissances prérequis et les lectures préalables

Participant	Modification aux connaissances prérequis	Modifications aux lectures préalables
A1	« J'ajouterais les histoires de cas des cours théoriques, par exemple dans le système cardiaque, j'ajouterais la FA sous ACO, MCAS, HTA et inclure le TCC et l'hypertension intracrânienne. »	« J'ajouterais les pages de référence en ciblant les connaissances et la lecture dans le guide de médicaments. »
A3	« Je préciserais dans le système neurologique, le TCC et le saignement intracrânien, car le système neurologique est assez vaste. J'ajouterais de revoir l'examen neurologique. »	« Je suggère d'ajouter les pages précises. De plus, je mettrais l'emphasis (<i>sic</i>) sur le champ réservé à l'exercice infirmier, car il y a un décalage et même une contradiction entre ce qui est fait dans les milieux de soins et ce qui est défini par l'OIIQ. »
A4	« Je suggère d'ajouter les maladies concernant le système cardiaque plus précisément la FA ACO, HTA, MCAS. »	« Je ciblerais davantage les lectures et y inclure les histoires de cas clinique. Je bonifierais le premier objectif d'apprentissage : Intervenir de façon appropriée et sécuritaire selon son champ d'exercice en ajoutant lors d'une chute d'une patiente ou d'un patient. »
B1	« Je trouve que les connaissances et les lectures sont très théoriques, mais la collaboration est un savoir-être, donc j'ajouterais un regard sur soi, sur son attitude. »	

Nous avons clarifié les résultats obtenus à la question 12 du questionnaire et les commentaires concernant la section IV : Étapes et variations possibles du scénario. Lors de l'entrevue, une participante a déclaré :

Le niveau de difficulté doit être équivalent pour toutes les équipes, car on peut se retrouver avec des équipes qui se comparent que (*sic*) leur situation était plus difficile. Si l'on utilise le même scénario pour toutes les équipes ou seulement le scénario 2 et 3, on va atteindre la sécurité pédagogique. Ce n'est pas parce que l'équipe 3 va avoir vu l'équipe 2 qu'ils vont être capables de faire plus. C'est assez bien documenté dans la littérature. Il faut que les niveaux de SHF soient relativement les mêmes ou forts semblables. Je suggère de conserver le scénario 2 et 3 et d'éliminer le premier (B2).

Une autre participante (A4) estime que la variation 1 du scénario pourrait être destinée aux étudiantes et aux étudiants de 4^e session tandis que les variations 2 et 3 pourraient être réservées aux étudiantes et aux étudiants de cinquième et sixième session. Une autre ajoute « Les scénarios sont évolutifs, je trouve ça intéressant. On peut s'ajuster au fur et à mesure dépendamment (*sic*) de la dyade soignante » (B1). Une participante nous a confié qu'elle avait visionné une prestation de SHF ayant comme mise en contexte une chute. Elle explique :

pour une première expérience pour les étudiants c'est complexe, par contre lorsque les étudiants vont avoir de l'expérience en SHF, ils vont être capables et ils vont nécessiter d'avoir des scénarios plus complexes. Je garderais les trois variations et je m'ajusterais en regard du niveau des étudiants que j'aurais en SHF. Définitivement, je débiterais par la première variation et je m'ajusterai par la suite avec les autres dyades. J'apprécie l'ajustement en cours de SHF que permettent les 3 variations proposées (A3).

Cependant, une participante ajoute :

Pour des étudiantes novices en formation initiale, la saturation leur apporte plus d'acquisitions de connaissances et intégration des compétences, car tu revois souvent la même scène, tu peux mieux te questionner sur ce qu'il y a à faire lors de cette étape, tu l'analyses et tu l'intègres plus. L'étudiante apprend autant dans l'observation que dans l'action que dans le débriefage. De plus, c'est plus facile aussi pour les enseignants novices en SHF, car ils recherchent aussi les mêmes séquences. Plus facile de s'approprier la SHF (B2).

La question 16, qui visait à savoir si lors de la SHF, l'étudiante ou l'étudiant devrait collaborer avec plusieurs personnes pour intervenir de façon adéquate auprès du simulateur, a reçu des réponses nécessitant un approfondissement lors des entrevues. Tout d'abord, nous avons précisé la question en interrogeant les participantes sur les avantages que l'activité de SHF pourrait amener chez les étudiantes et les étudiants au sujet de la collaboration interprofessionnelle. Les réponses obtenues convergent vers une augmentation des connaissances concernant la collaboration interprofessionnelle, car il y a un partage de l'expertise entre les professions. « Ils vont pouvoir vraiment délimiter le rôle de chacun et savoir ce que l'infirmière doit faire et qu'est-ce qu'ils vont pouvoir déléguer à l'infirmière auxiliaire, donc mieux démystifier les rôles de chacun » (A4). « En déléguant, l'étudiante va apprendre les tâches de l'infirmière auxiliaire et s'approprier les siennes, apprendre à partager l'expertise, la communication, la gestion du stress » (A1). Une autre participante affirme : « ils ne peuvent pas juste percevoir les avantages, ils les vivent et les ressentent » (B2).

De plus, les résultats de la question 18, concernant le scénario de la SHF et l'expérimentation des rôles de chaque membre de l'équipe soignante, étaient à clarifier. Nous avons interrogé les participantes à savoir si après, la SHF, les étudiantes et les étudiants pourront mieux connaître, différencier ainsi que comprendre les rôles des différents membres de l'équipe soignante. Voici quelques résultats obtenus : « Oui, elle [l'activité de SHF] est nécessaire pour clarifier le champ d'action » (B1). Une participante ayant de l'expérience en SHF a affirmé : « Les étudiants sont hyper satisfaits de faire ces SHF et d'apprendre qui sont leurs collègues, quelles sont leurs tâches (personnification professionnelle), comment on peut bien travailler avec eux » (B2). De plus, elle nous a confié qu'un étudiant lui avait signifié que : « travailler avec d'autres professionnels c'est vraiment formateur et c'est très satisfaisant pour nous » (B2). Une autre participante exprime : « Elles pourront mieux organiser leurs soins, prioriser les soins. [...] ce que je peux déléguer à l'infirmière auxiliaire et inclure le préposé aux bénéficiaires, [détenir] une meilleure connaissance du travail d'équipe » (A4). Une autre personne a expliqué :

Probablement qu'ils vont déléguer des trucs que l'infirmière auxiliaire ne pourra pas faire pis (*sic*) qu'en débriefage on va aller voir le pourquoi de cette action et qu'est-ce qu'ils en pensent. L'étudiante infirmière auxiliaire va peut-être dire je ne fais pas ça, on ne m'a pas appris ça à l'école donc quand tu m'as demandé de faire ça je ne savais pas quoi faire donc il va y avoir un échange là-dessus qui risque d'être intéressant et stimulant (A1).

Pour conclure cette partie de l'entrevue, nous avons demandé aux participantes si le Guide de la facilitatrice ou du facilitateur est pertinent ou utile pour orienter une enseignante ou un enseignant novice avec la SHF. Les participantes sont unanimes, le guide est aidant. Entre autres, elles répondent : « Oui, c'est de belles formulations de questions qui respectent l'esprit du paradigme d'apprentissage [sur lequel] le débriefing (*sic*) se base » (B2). « L'outil est précis pour aider à toutes les étapes (breffage, SHF et débriefage) et fondamental pour moi qui débute dans la SHF » (A1). Deux participantes ont expliqué que le guide aide, car elles n'ont pas d'expertise en SHF et de plus, elles affirment que l'utilité est plus marquée lorsqu'elles n'ont pas créé le scénario pour se préparer et diriger adéquatement la SHF. (A3 et A4). Néanmoins, deux participantes nous ont suggéré des modifications au guide que nous présentons dans les tableaux suivants.

Tableau 12
Synthèse des modifications concernant la section breffage
du Guide de la facilitatrice ou du facilitateur

Participantes	B1
Modification du Guide : Section breffage	« J'ajouterais d'expliquer aux étudiants de réfléchir à est-ce qu'il y a quelqu'un qui est disponible ou qui est formé à faire ce que je m'apprête à faire ? J'intégrerais cette réflexion lors du breffage. » « J'ajouterais, après la lecture de la simulation : qu'est-ce que vous comprenez de la situation ? Est-ce qu'il y a des mots de vocabulaire ou de terminologie que vous ne savez pas ou que vous ne comprenez pas ? Quels sont les éléments pertinents à considérer avant d'entrer dans la chambre ? »

Tableau 13
Synthèse des modifications concernant la section débriefage
du Guide de la facilitatrice ou du facilitateur

Participant	B1	B2
Modification du Guide : Section débriefage	« J'ajouterais : comment vous êtes-vous senti au contact de la personne ? Qu'est-ce que vous reprenez de cette situation ? »	« Je vous conseille de changer la question : Comment a fonctionné votre équipe ? (On sait qu'on veut revenir sur nos objectifs). Les réponses attendues ne doivent pas être : on était bon, on était rapide. Je suggère de la remplacer par : Est-ce que vous pensez que vous avez bien coordonné vos activités de soins ? Comment se sont déroulées vos activités interdisciplinaires ? Plus focaliser par les objectifs d'apprentissages que les interventions des étudiants. C'est plus déconcentrant au début quand on est novice. » « Attention aux questions qui ne favorisent pas l'échange. Par exemple : Comment a été votre équipe ? Bien. Je remplacerais par : Comment s'est déroulé la collaboration professionnelle ? Qu'est-ce que ça vous a apporté de travailler ensemble ? À quoi pensez-vous que ça va vous servir d'avoir fait cette SHF ? »

4.3 La présentation des résultats qualitatifs obtenus concernant la grille d'observation des indicateurs comportementaux.

La dernière partie de l'entrevue concerne la grille d'observation des indicateurs comportementaux. Une participante (B2) nous a proposé d'ajouter une colonne pour les actions de l'étudiante infirmière auxiliaire. De plus, la participante avait suggéré d'ajouter des critères de performance communs pour l'équipe (B2).

Les autres participantes voient la grille comme une grille commune à la dyade soignante. « Je vois la grille commune à l'équipe et je trouve que c'est moins lourd pour la

facilitatrice » (A4). De plus, cette participante suggère d'inclure une consigne ou une note de bas de page qui préciserait que ce sont les actions de la dyade soignante qui sont représentées dans la colonne nommée : Échelle d'évaluation. Deux autres participantes s'expriment : « Je vois la colonne [unique] - Échelle d'évaluation - comme étant le travail d'équipe de la dyade » (A3) et « Je conserverais une grille commune pour les deux étudiantes, je la voyais comme la grille d'équipe » (A1). Plusieurs participantes ont suggéré de synthétiser ou résumer les critères.

Je la trouve chargée et je résumerais davantage les critères en englobant les deux membres de l'équipe soignante. Par exemple : le premier critère : Manifestation d'attitudes et de comportements favorables à l'établissement d'un bon climat de travail, j'écirais seulement bon climat de travail. J'enlèverais les mots concernant le personnel auxiliaire et je conserverais seulement les mots clés (A1).

Deux autres participantes sont en accord avec une grille commune incluant des critères synthétisés : « Je synthétiserai les critères de performance pour faciliter la lecture et maximiser le temps » (A3). « Je simplifierais ou synthétiserais les critères de performance qui sont inclus dans la grille » (A4).

Dans un autre ordre d'idées, une participante affirme : « Si l'on utilise une grille comme celle-là avec des gens ayant peu d'expérience en SHF, c'est contraignant, car il y a beaucoup de choses à lire, même pour une personne expérimentée » (B2). Deux participantes confirment cette affirmation : « Lors de la SHF, je regarde les étudiants être en action et je sélectionne des parties de séquences pour le débriefage, donc il m'est impossible de remplir la grille. Par contre, pour me préparer au débriefage et lors du débriefage je l'utilise » (A3). Une autre participante abonde dans le même sens concernant l'utilisation de la grille lors du débriefage, elle affirme : « C'est un excellent guide pour te guider lors du débriefage. Très aidant, pour moi qui débute la SHF. De plus, ça me sécurise, car la simulation est centrée plus sur les comportements que sur les habiletés. » (A1)

Une seconde participante ajoute que :

Cette grille m'est utile pour me préparer à la SHF, pour savoir ce à quoi je m'attends des étudiantes. Je ne sais pas comment les étudiantes vont interagir parce que c'est de la SHF. De plus, ça oriente mon débriefage, mais je suis incapable de remplir la grille pendant la SHF, car je regarde les actions des étudiantes, je place les marqueurs sur l'ordinateur. La grille, je la vois plus comme un outil de préparation à la SHF et surtout à la partie de débriefage (A4).

5 L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS QUANTITATIFS OBTENUS DU QUESTIONNAIRE

Dans cette section, nous traitons des résultats quantitatifs issus du questionnaire. Tout d'abord, nous abordons les résultats quantitatifs qui concernent l'activité d'apprentissage de collaboration interprofessionnelle utilisant la SHF, puis les résultats quantitatifs qui concernent la grille d'observation des indicateurs comportementaux de la collaboration interprofessionnelle.

5.1 L'interprétation des résultats quantitatifs obtenus concernant l'activité d'apprentissage en SHF.

Dans cette partie, nous traitons les résultats quantitatifs obtenus aux questions 5 à 18 et à la question 30 du questionnaire qui concerne l'activité d'apprentissage de collaboration interprofessionnelle utilisant la SHF. Les résultats de la validation de l'activité sont éloquentes et révèlent l'unanimité de la part des participantes pour les questions 5, 6, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17 et 30. Nous pouvons ainsi affirmer que les participantes considèrent unanimement que l'activité d'apprentissage de collaboration interprofessionnelle utilisant la SHF est conforme aux critères de validation énumérés dans le Tableau 8 de la section précédente.

Pour ce qui est des résultats des questions 8, 10 et 12, nous pouvons également mentionner que la majorité des participantes reconnaît que la préparation proposée est en lien avec les apprentissages du programme de formation concernant la collaboration

interprofessionnelle, la liste de matériel est adéquate et les différentes variations du scénario proposées sont d'un niveau de difficulté approprié pour une étudiante ou un étudiant de sixième session.

En fait, seule la question 18 concernant l'expérimentation des rôles a obtenu un résultat mitigé. Nous reprendrons l'analyse de ce résultat dans la section de l'interprétation des résultats qualitatifs obtenus concernant l'activité d'apprentissage SHF.

5.2 L'interprétation des résultats quantitatifs obtenus concernant la grille d'observation des indicateurs comportementaux.

Dans cette partie, nous traitons les résultats quantitatifs obtenus aux questions 24 à 27 du questionnaire qui concernent la grille d'observation des indicateurs comportementaux de la collaboration interprofessionnelle. Les résultats de la validation de la grille révèlent l'unanimité de la part des participantes pour les questions 24, 25, 26, 27. Nous pouvons ainsi affirmer que les participantes considèrent à l'unanimité que la grille d'observation des indicateurs comportementaux de la collaboration interprofessionnelle est conforme aux critères de validation de la grille d'observation d'indicateurs comportementaux de la compétence de collaboration interprofessionnelle tel qu'ils ont été présentés dans le Tableau 9 dans la partie précédente.

6 L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS QUALITATIFS OBTENUS DU QUESTIONNAIRE ET DE L'ENTREVUE

Dans cette partie, nous interprétons les résultats qualitatifs obtenus à l'aide du questionnaire et de l'entrevue semi-dirigée concernant l'activité d'apprentissage ainsi que la grille d'observation. De plus, nous mettons en relief l'adéquation de l'activité d'apprentissage avec le cadre de référence.

6.1 L'interprétation des résultats obtenus concernant les caractéristiques des participantes

Dans cette section, nous traitons les résultats qualitatifs obtenus aux questions correspondant aux caractéristiques des participantes et la définition qu'elles donnent à la

collaboration interprofessionnelle. Ces résultats nous permettent de connaître le point de vue ou l'expérience des participantes. Comme le soulignent Fortin et Gagnon (2016) : « en accordant la place prépondérante à la perspective des participants, la recherche qualitative ouvre la voie à une connaissance intériorisée des dilemmes et des enjeux auxquels les personnes font face » (p. 190). Comme nous avons mentionné au chapitre trois, nous privilégions le paradigme interprétatif dans lequel la réalité est explorée en tenant compte de l'expérience de vie et du contexte environnant. En d'autres mots, les participantes possèdent plusieurs caractéristiques distinctes, par exemple : des expériences professionnelles variées, tant au point de vue de la profession enseignante que celle d'infirmière, des postes occupés lors de leur profession d'infirmière ainsi que le nombre d'années d'expérience comme enseignante et infirmière. Ces variétés de caractéristiques des participantes nous donnent des résultats riches (*Ibid.*, 2016). De plus, nous constatons une différence entre les réponses des participantes ayant de l'expérience en SHF et celles qui ont peu ou pas d'expérience. Par exemple, celles ayant de l'expérience en SHF font ressortir davantage des résultats concernant la séquence et la pédagogie derrière l'activité de SHF. Également, la participante ayant une formation en pédagogie a partagé son opinion en ayant l'apprentissage au centre de ses préoccupations. Par contre, le petit nombre de répondantes (six) recruté constitue une limite pour cette recherche. Ainsi, Kavle (1996, dans Savoie-Zajc, 2009, p. 349)

avance le nombre [optimal] de 10 à 15 personnes, ce chiffre faisant davantage référence à un ordre de grandeur habituel que l'on rencontre dans la pratique de ce genre de recherche [recherche de type interprétatif] qu'à un nombre établi en conclusion à une argumentation bien établie.

Les résultats obtenus, pour la définition personnelle des participantes sur la collaboration interprofessionnelle et le développement de celle-ci, ont fait ressortir les notions de travail d'équipe en utilisant la communication fonctionnelle dans un but commun d'harmonisation des champs d'exercices pour prodiguer des soins de qualité optimale aux patientes et aux patients. Rappelons que la définition de la collaboration interprofessionnelle retenue, pour cette recherche, consiste en un partenariat, une mise en commun (d'expérience, d'habiletés, de connaissances, etc.) ou des relations de collégialité

entre les différentes intervenantes et les différents intervenants du domaine de la santé ayant comme but commun les soins de santé optimaux pour les patientes et les patients (D'Amour, 1997 ; Kozier *et al.*, 2004 ; Legendre, 2005). La collaboration interprofessionnelle nécessite des conditions essentielles : le partage d'un but commun, se faire confiance mutuellement, se sentir partenaire et baliser les relations sous forme d'ententes consensuelles (Lonchamp, 2007 ; D'Amour, 2001). La communication efficace ressort également comme un élément du cadre théorique (Kozier *et al.*, 2004 ; ICSP, 2011). La méthode de recherche choisie, la recherche qualitative interprétative, vise la compréhension et la description de l'expérience humaine telle qu'elle est perçue par les participantes (Fortin et Gagnon, 2016). La définition de la collaboration interprofessionnelle émise par les participantes concorde avec les définitions du cadre de référence. Par contre, les résultats ne nous permettent pas de faire de liens directs entre la définition de la collaboration et notre activité d'apprentissage. Cependant, certains aspects (le travail d'équipe, le partage des tâches, l'harmonisation des soins, la communication, le but commun et l'interdisciplinarité) ressortis lors de l'analyse des résultats concernant la définition de la collaboration interprofessionnelle des participantes constituent des éléments observables de la compétence et des critères de performance de la grille d'observation des indicateurs comportementaux.

6.2 L'interprétation des résultats qualitatifs obtenus concernant l'activité d'apprentissage SHF

Rappelons-nous la définition du concept de compétence comme étant la capacité de mobiliser ses ressources, celles-ci englobant plusieurs acquis d'ordres différents qui permettent de résoudre une situation authentique (Tardif, 2006 ; Perrenoud, 1995 ; et Legendre, s.d.). Le transfert des compétences dans des situations similaires est un élément important pour notre recherche. Cette définition de compétence soutient le choix de l'activité d'apprentissage qui a été fait pour cette recherche, l'apprenante ou l'apprenant apprend dans l'action, elle ou il est l'acteur principal (Engestrom, 2001 dans Vygotsky, 1920). Notre activité d'apprentissage a été élaborée en fonction du développement de la compétence de collaboration et inspirée par les modifications d'Engestrom (2001) à la

théorie de l'activité de Vygotski (1920) en permettant à l'étudiante ou l'étudiant de découvrir la collaboration interprofessionnelle sans explication exhaustive des tâches à faire telle que mentionnée dans les écrits d'Hazlina-Hashim (2007), Basque (2015), Perrenoud (1995), Tardif (2006), Legendre (s.d.). Les propos de certaines participantes vont dans ce sens. Une d'elles mentionne que : « les étudiantes doivent expérimenter différentes situations avec d'autres professionnels pour connaître et comprendre l'apport de l'autre professionnel dans leur propre tâche à eux » (B2), tandis que d'autres soulignent que : « les étudiantes et les étudiants doivent apprendre à travailler ensemble dans le milieu scolaire pour transférer ces acquis dans les milieux de soins » (B1, A1, A4). Cependant, les résultats obtenus ne permettent pas d'affirmer clairement si l'activité d'apprentissage conçue amènerait l'étudiante ou l'étudiant à découvrir la collaboration interprofessionnelle sans explication exhaustive des tâches à faire puisqu'elle n'a pas été expérimentée auprès des étudiantes et des étudiants

Pour chaque question fermée de 5 à 18 du questionnaire, concernant les sections : II, III, IV du Guide de la facilitatrice et du facilitateur ayant pour objectif la validation de l'activité d'apprentissage, les participantes avaient l'occasion de noter leurs commentaires, leurs opinions et leurs suggestions. De plus, certains résultats du questionnaire demandaient une clarification que nous avons effectuée lors des entrevues. Nous traiterons seulement les questions qui ont reçu des commentaires ou des suggestions ainsi que des résultats obtenus lors des entrevues concernant ces questions.

6.2.1 Section I : Guide de breffage du Guide de la facilitatrice et du facilitateur

En lien avec l'énoncé cinq, les résultats obtenus et les commentaires émis indiquent que les participantes considèrent en majorité que le guide de breffage, Section I du Guide de la facilitatrice et du facilitateur, est utile à la préparation de l'activité d'apprentissage et surtout avantageux pour des enseignantes et des enseignants qui débutent avec la SHF. Nous conserverons le Guide de breffage dans son format actuel. Par contre, les résultats obtenus suggèrent que chaque étudiante et chaque étudiant devrait exercer son propre rôle professionnel, ce que confirment les standards de meilleure pratique en SHF (INASCL,

2011; Eppich et Chang, 2015; Waxman, 2010). Nous avons donc clarifié la partie appelée - Présentation du scénario - en y intégrant une indication que cette SHF doit se dérouler en collaboration avec une ou un élève du programme SASI. De plus, nous avons ajouté dans la colonne - Étape 1 - du guide de breffage, une note qui indique d'envoyer les consignes aux élèves de la formation SASI participant à l'activité.

Nous retenons aussi la suggestion d'une participante présentée dans le tableau 11 concernant l'étape de breffage. La section I : Guide de breffage est divisée en quatre étapes, nous avons bonifié l'étape quatre en ajoutant : « Expliquer aux étudiantes et aux étudiants de réfléchir s'il y a quelqu'un d'autre qui est disponible ou formé pour exécuter ce qu'elles ou ils s'appêtent à faire pour sa patiente ou son patient ». Comme il a été mentionné par Rutherford-Hemming (2012) et Deschênes *et al.* (2016), le breffage vise à activer les connaissances antérieures et à faire émerger des hypothèses préalablement pertinentes à l'activité de SHF à réaliser. En ce sens, nous intégrons, à l'étape 1 de la Section I - Guide de breffage - les autres suggestions de cette participante concernant la compréhension de la situation ainsi que la clarification des mots de vocabulaire ou de terminologie.

6.2.2 *Section II : Consignes aux étudiantes et aux étudiants du Guide de la facilitatrice et du facilitateur*

En lien avec l'énoncé six concernant les consignes aux étudiantes et aux étudiants, une participante mentionne : « je trouve qu'il n'y a pas vraiment de consignes, les objectifs d'apprentissage sont pour moi les consignes » (A1). Nous avons interrogé les participantes à ce sujet lors de l'entrevue. Deux participantes (A1 et A4) réitèrent de modifier l'appellation de la section II : « Consignes aux étudiantes et aux étudiants du Guide de la facilitatrice ou du facilitateur » par « État de la situation » ou « Résumé de la situation ». Tandis qu'une autre participante (A3) est en désaccord avec le changement d'appellation de la section. Elle affirme que prendre connaissance de la situation de la patiente, faire les lectures préalables et réactiver les connaissances antérieures sont des consignes aux étudiantes et aux étudiants. Nous considérons la suggestion de modifier l'appellation de la section II du Guide de la facilitatrice et du facilitateur. Comme le suggère Deschênes *et al.* (2016) dans le canevas des scénarios pédagogiques présenté dans le tableau 3 du chapitre 2,

nous utiliserons comme titre de section : « Section pédagogique » au lieu de « Consignes aux étudiantes et aux étudiants ». Nous en tenons compte dans la version améliorée de l'activité d'apprentissage puisque la SHF se situe dans un paradigme d'apprentissage. Le mot consigne peut être perçu comme trop directif pour les étudiantes et les étudiants tandis que la nouvelle appellation, Section pédagogique, laisse la responsabilité aux étudiantes et aux étudiants de se préparer adéquatement à la SHF.

Dans cette section II du Guide, il y a trois parties : le résumé de la situation, les connaissances prérequis et les lectures préalables ainsi que les objectifs d'apprentissage. Ces parties sont inspirées de Deschênes *et al.* (2016). Tout d'abord, nous ne retenons pas une suggestion qui nous a été faite concernant la formulation d'une consigne à la sous-section du guide portant sur le résumé de la situation, soit de remplacer « Au début de votre quart de travail, vous débutez votre tournée en dyade soignante » par « Vous débutez votre quart de travail en effectuant votre tournée en dyade soignante » (A4). Nous ne retenons pas cette suggestion, car il n'y a pas de différence importante entre les deux formulations

Par la suite, nous traitons les résultats obtenus pour la partie concernant les connaissances prérequis et les lectures préalables. Tout d'abord, une participante nous indique qu'elle trouve les connaissances prérequis et les lectures préalables trop dirigées et exhaustives (B2). Nous avons exploré davantage ce point lors de l'entrevue semi-dirigée puisque dans le questionnaire rien ne nous permettait d'en tirer quelques conclusions qui soit. Bien que nous ayons abordé ce point avec cette participante, les résultats provenant des autres participantes vont à l'opposé de ce commentaire. Le tableau 10, de la section 4.2 de ce chapitre, nous présente la synthèse de modifications proposées pour les connaissances prérequis et les lectures préalables reçues lors des entrevues. Par ailleurs, un seul résultat provenant du questionnaire est ressorti en lien avec les lectures préalables. Il nous a été suggéré de transférer la notion de champ réservé à l'exercice infirmier et les activités partagées, dans la sous-section des connaissances prérequis au lieu des lectures préalables. Comme Mottola (2013) et HAS (2012) sont unanimes sur l'importance des effets de la préparation à la simulation, car elle permet le bon déroulement du scénario, nous retenons la suggestion mentionnée ci-dessus et celles provenant des entrevues. Nous

incluons dans les connaissances prérequis, les histoires de cas vues dans les cours théoriques concernant les pathologies suivantes : fibrillation auriculaire (FA) sous anticoagulothérapie orale (ACO), maladies coronariennes, maladie coronarienne athérosclérosante (MCAS), hypertension artérielle (HTA), traumatisme crâniocérébral (TCC), saignement et hypertension intracrânienne. Nous ajoutons aussi un retour sur l'examen neurologique, ainsi qu'une réflexion sur soi et ses attitudes en lien avec la collaboration interprofessionnelle.

Toujours dans l'esprit de Motola (2013) et HAS (2012) de bien préparer les étudiants et les étudiantes à la simulation, pour les lectures préalables, nous retenons la suggestion de cibler les pages dans les livres de référence concernant les pathologies citées ci-haut. Quant à la section des objectifs d'apprentissage, en accord avec les standards de INACSL (2016) qui recommande « Develop broad and specific objectives to address identified needs and optimize the achievement of expected outcomes » (p. 4), nous retenons la seule suggestion que nous avons reçue, soit de préciser notre premier objectif d'apprentissage qui se lit maintenant comme suit : Intervenir de façon appropriée et sécuritaire selon son champ d'exercice lors d'une chute d'une patiente ou d'un patient. Cette précision permettra aux étudiantes et aux étudiants de répondre spécifiquement aux besoins de la patiente.

Dans un autre ordre d'idées, une personne se questionnait à savoir si les étudiantes et les étudiants du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu sont préparés adéquatement pour réussir cette SHF (A1). Lors des entrevues avec les participantes du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu, il a été mentionné par celles-ci à plusieurs reprises que cette compétence est abordée seulement dans l'atelier de collaboration lors de la sixième session. Selon une participante, les étudiantes et les étudiants auraient mentionné vouloir assister à cet atelier plus tôt dans le cursus de formation. Nous constatons, chez les participantes du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu une méconnaissance des cours (voir le tableau 2 du chapitre 1) où la compétence de collaboration interprofessionnelle est enseignée. Nous explorons la possibilité de revoir la pertinence de certains cours qui ont été cités dans le tableau 2 du chapitre 1. En ce sens, le programme de Soins infirmiers du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu

poursuit présentement un processus d'évaluation de programme. Ce résultat reflète bien l'étape huit du devis de Paillé (2007), qui consiste à indiquer les limites de l'activité et le prolongement possible.

6.2.3 *Section IV : Étapes et variations possibles du Guide de la facilitatrice et du facilitateur*

En lien avec l'énoncé 12, les commentaires reçus concernent la section IV : Étapes et les variations possibles du scénario. Plus précisément, une participante mentionne que les interventions de la première variation du scénario apparaissent beaucoup plus simples et moins nombreuses que pour la deuxième et la troisième variation du scénario (B2). Ce commentaire a été approfondi lors des entrevues semi-dirigées. Une seconde participante indique que les scénarios deux et trois amènent les étudiantes et les étudiants à faire preuve de jugement et de prise de décision (A3). De plus, cette même participante affirme que le jugement clinique et la prise de décisions sont des objectifs à atteindre en sixième session. Par ailleurs, une participante ayant de l'expérience en SHF et une certification en pédagogie avait aussi discuté de la saturation (répétition de la même variation par toutes les étudiantes et tous les étudiants) qui favorise l'acquisition des apprentissages. En ce sens, Le Bortef (1999, dans Basque, 2015, p. 3) souligne que : « Différentes personnes compétentes pourront avoir des performances différentes, mais tout aussi efficaces dans une situation donnée. Il y a donc plusieurs façons d'être compétent dans une même situation ». Donc, la répétition d'une même variation favoriserait davantage le développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle. Pour tenir compte de ces commentaires reçus, nous avons décidé de conserver seulement une variation au scénario : soit la variation 3.

En lien avec l'énoncé 18, concernant la capacité du scénario à permettre l'expérimentation des rôles de chaque membre de l'équipe soignante, nous avons démontré antérieurement que les résultats obtenus, à l'aide du questionnaire, pour cette question étaient mitigés, car trois participantes (50 %) ont répondu positivement et trois participantes (50 %) ont répondu négativement. Nous pouvons clairement mentionner que ce résultat est en lien direct avec la lacune expliquée dans la section 6.2.1 concernant l'implication des

élèves de la formation SASI. L'identification de cette lacune nous permet de comprendre davantage certains commentaires reçus à la question 20 concernant la clarification des rôles. Par exemple, une participante exprime que :

Si le but est de voir si les étudiants savent faire la différence entre leurs champs de compétences et ceux de l'aux. (*sic*), je ne pense pas que ce soit réaliste puisqu'aucun ne peut prendre la place d'une ou d'un élève du programme SASI. Par contre, la collaboration peut se faire aussi entre infirmières dans une équipe soignante. Donc, c'est plausible de voir comment ils peuvent répartir les tâches selon les priorités et surtout de voir la qualité de la communication dans leur équipe ou s'ils sont portés à travailler en unilatéralité (A3).

Donc, nous croyons que ce commentaire démontre que la lacune est bien cernée et qu'il faut sans équivoque inscrire dans le guide de la facilitatrice ou du facilitateur que cette SHF se fait obligatoirement avec une ou un élève du programme SASI.

Concernant la question 19 en lien avec l'appréciation générale du scénario de simulation haute-fidélité, nous avons reçu plusieurs commentaires positifs des participantes. Nous pouvons affirmer que notre scénario de SHF est généralement apprécié par les participantes.

Concernant la question 20, sur la capacité de l'activité à clarifier les rôles, une participante affirme : « Ce n'est pas évident pour les étudiants et peut-être que ce n'est pas la première chose qui sera faite, mais je pense qu'il faut se servir de ces situations pour faire valoir et intégrer le travail d'équipe et de collaboration, la gestion des tâches » (B1). Cette affirmation démontre le potentiel de l'activité conçue pour exposer les étudiantes et les étudiants à des situations où elles et ils doivent collaborer. Rappelons que Lingard (2012) concluait dans son étude ethnographique, à la nécessité d'introduire dans le curriculum de formation les notions de clarification des rôles. De plus, D'Amour (2001) estime que pour donner une structure formelle à l'équipe soignante, il doit y avoir une clarification des rôles, des responsabilités et des champs d'imputabilité de chaque membre de l'équipe soignante.

Les résultats suggèrent, que pour y arriver, notre activité de SHF doit se dérouler avec des étudiantes et des étudiants provenant d'autres professions et pouvant partager certaines activités du champ d'exercice infirmier (SASI, PAB) afin de favoriser la clarification des rôles. Par exemple, trois participantes font ressortir le travail d'équipe comme élément clé de clarification dans l'activité de SHF. Elles expliquent que durant l'activité, les étudiantes et les étudiants vont être amenés à déléguer ou à se diviser le travail. Ces actions seront une étape charnière dans le développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle pour elles et eux (A1, A2 et A3). Deux participantes soulignent aussi la communication comme facteur favorisant la clarification des rôles ainsi que la collaboration interprofessionnelle. Considérant la modification pour préciser que l'activité de SHF serait effectuée avec une ou un élève du programme SASI et les PAB, nous croyons qu'elle va permettre de clarifier les rôles, d'expérimenter la façon de travailler en répartissant les tâches au sein de l'équipe soignante tout en respectant le champ d'expertise de chacune ou de chacun tout en intégrant l'imputabilité professionnelle.

Concernant la question 22 en lien avec les principales améliorations à apporter au scénario de simulation haute-fidélité, nous avons reçu quelques suggestions. Tout d'abord, une participante affirme : « il faut d'abord le mettre en pratique et voir les changements à apporter selon la réaction des étudiants, leur manquait-il des informations, etc.? » (B1). Nous sommes tout à fait en accord avec ce commentaire, le réajustement de certaines parties de l'activité, après l'avoir expérimentée auprès des étudiantes et des étudiants, fait partie de notre réflexion. Comme il est mentionné dans le devis méthodologique de Paillé (2007) qui nous a servi de cadre de référence, « l'activité doit toutefois dépasser la création *ad hoc* et instrumentale habituelle pour devenir la matérialisation systématique et réfléchie d'une pensée éducative » (p. 141).

Concernant les commentaires reçus sur la variation 2 du scénario, nous sommes tout à fait en accord avec la suggestion d'enlever l'inscription relative à la friction de la poitrine, parce qu'effectivement, il est impossible pour le mannequin intelligent de déplacer ses membres. Nous avons effectué une révision linguistique pour favoriser la clarté du texte en lien avec les commentaires reçus concernant la présence ou l'absence des nausées et de

céphalée (A1 et B2). Par contre, cette variation n'est pas retenue pour notre activité d'apprentissage, mais nous l'avons conservée pour construire une banque de scénarios.

6.2.4 *Section VI : Guide de débriefage*

Le tableau 12 de la section 4.2 présente les principales modifications suggérées par deux participantes ayant de l'expertise en SHF. Une participante nous a suggéré d'ajouter : « Comment vous êtes-vous senti au contact de la personne ? » et « Qu'est-ce que vous reprenez de cette situation ? » (B1). Nous retenons cette suggestion, puisque comme le souligne les écrits (HAS, 2012; Rutherford-Hemming; 2012; INASCL, 2011; Eppich et Chang, 2015; Waxman, 2010) dans la phase descriptive du débriefage, il est important d'aborder avec les étudiantes et les étudiants la manière dont elles et ils ont vécu la séance de simulation. Ainsi, chaque étudiante et chaque étudiant est invité à exprimer ses impressions et ce qu'elle ou qu'il a ressenti puisqu'évacuer les émotions vécues par les étudiantes et les étudiants durant la SHF permet aussi une meilleure disposition à l'apprentissage et à la métacognition.

Une seconde participante a suggéré de changer quelques questions fermées, par exemple la question, : « Comment a fonctionné votre équipe ? » par « Comment s'est déroulée (sic) vos activités interdisciplinaires ? » Nous retenons la suggestion de changer la question fermée par une question ouverte, mais nous soulignons que les propositions faites par la participante sont également des questions fermées. Comme le souligne l'HAS (2012) : « les étudiantes et les étudiants y répondent [aux questions ouvertes] en verbalisant les faits, les raisons et les modalités des actions qu'ils ont entreprises, les motivations et les intentions » (p. 12). De plus, cette répondante affirme que la modification de la question permet d'être plus focalisée sur les objectifs d'apprentissage que sur les interventions des étudiantes et des étudiants. Cette même répondante nous met en garde sur les questions qui ne favorisent pas l'échange. Nous remplaçons la question par : « Quels ont été les points forts et les points faibles de vos activités interdisciplinaires ? ».

6.2.5 *Appréciation générale du Guide de la facilitatrice et du facilitateur*

Concernant la question 31, les résultats touchant l'appréciation générale du Guide de la facilitatrice et du facilitateur démontrent unanimement de la part des participantes que le guide est conforme aux critères de validation. Ainsi, nous pouvons affirmer que les participantes considèrent que le guide est facile à utiliser, utile pour les enseignantes et les enseignants novices en SHF tout en étant pédagogique.

Pour la question 32, nous avons reçu un seul commentaire concernant la principale amélioration à apporter au Guide de la facilitatrice et du facilitateur. La participante nous suggère de modifier la grille d'observation, si l'activité de SHF n'est pas faite avec les élèves du programme SASI (A4). Nous ne retenons pas ce commentaire, car le but de notre activité d'apprentissage est de répondre à notre problème de recherche. Rappelons brièvement que notre problème de recherche se définit par le manque d'activités d'apprentissage standardisées qui favorisent le développement, de manière systématique, de la collaboration interprofessionnelle chez toutes les étudiantes et tous les étudiants dans le programme de Soins infirmiers au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu. Motola *et al.* (2013) soulignent : « Team members are heterogeneous in their roles and competencies, but must come together to achieve common goals » (p. 16). Cette activité d'apprentissage expose les étudiantes et les étudiants à une situation clinique qui demande la participation des autres membres de l'équipe afin de faciliter l'intégration des différents rôles au sein de l'équipe soignante, donc le but est d'effectuer obligatoirement l'activité de SHF avec une ou un élève du programme SASI.

6.3 **L'interprétation des résultats qualitatifs obtenus concernant la grille d'indicateurs comportementaux**

L'énoncé 29 concerne les principales améliorations à apporter à la grille. Cinq participantes affirment qu'il n'y a aucune modification à apporter à la grille d'observation des indicateurs comportementaux, tandis qu'une autre participante nous propose d'augmenter l'espace pour les commentaires. Nous retenons cette modification visant à augmenter l'espace pour les commentaires. Comme l'énoncent Motola *et al.* (2013),

les commentaires de la facilitatrice ou du facilitateur peuvent inclure à la fois des informations basées sur les résultats et les comportements, donc un espace suffisamment grand est nécessaire pour y inscrire ces données durant la SHF.

Cette même participante avait signifié de modifier la grille pour qu'elle prenne la forme d'une grille commune pour la dyade soignante en y intégrant une colonne qui permettrait de visualiser rapidement les actions des deux étudiantes ou étudiants qui ont participé ensemble à la SHF. L'insertion d'une nouvelle colonne permettrait de visualiser la performance individuelle de chacun des étudiantes et des étudiants participant à la SHF. Nous avons questionné les participantes à ce sujet lors des entrevues semi-dirigées. Rappelons que les autres participantes voient la grille comme une grille commune à la dyade soignante. Par exemple, « Je vois la grille commune à l'équipe » (A4). De plus, une suggestion a été faite d'inclure une consigne ou une note de bas de page qui préciserait que ce sont les actions de la dyade soignante qui sont visées dans la colonne nommée « Échelle d'évaluation ». Pour faciliter la perception que la grille est commune à l'équipe, les participantes ont suggéré de synthétiser ou résumer les critères en englobant les membres de l'équipe soignante (A1 ; A3 ; A4). Nous retenons ces deux suggestions pour la modification de la grille. Le tableau suivant présente la synthèse des suggestions retenues concernant la grille.

Tableau 14
Synthèse des suggestions retenues concernant la grille

Section dans le Guide de la facilitatrice et du facilitateur	Suggestions retenues
Section V : Grille d'observation d'indicateurs comportementaux	Augmenter l'espace pour les commentaires et autres observations.
	Intégrer une consigne ou une note de bas de page qui préciserait que ce sont les actions de la dyade soignante.
	Synthétiser ou résumer les critères en englobant les membres de l'équipe soignante.

Nous avons démontré antérieurement, selon Motola *et al.* (2013), qu'un élément clé important implique d'avoir une mesure de performance. Il importe que cet outil de mesure fournisse des données fiables qui permettent de porter un jugement pertinent et d'offrir une rétroaction adaptée principalement sur la collaboration interprofessionnelle. Comme l'affirment ces auteurs : « Most effective team training programs that improve team processes focus only on teamwork » (*Ibid.*, p. 15). Cet outil ainsi modifié sera notre grille d'observation permettant de faire ressortir la tâche principale [la collaboration interprofessionnelle] à laquelle, les étudiantes ou les étudiants sont confrontés (Eppich *et al.*, 2015 ; Waxman, 2010).

7 SYNTHÈSE DES MODIFICATIONS APPORTÉES À L'ACTIVITÉ D'APPRENTISSAGE ET À LA GRILLE D'OBSERVATION DES INDICATEURS COMPORTEMENTAUX

Dans cette section, nous présentons la synthèse des principales modifications ou améliorations suggérées par les participantes et que nous avons retenues pour améliorer notre activité d'apprentissage ainsi que notre grille d'observation des indicateurs comportementaux. En terminant, nous présentons une version révisée de l'activité d'apprentissage et de la grille d'observation des indicateurs comportementaux. Rappelons que notre activité d'apprentissage et la grille d'observation sont contenues dans le Guide de la facilitatrice et du facilitateur. Le tableau qui suit présente la synthèse des améliorations suggérées dont nous avons tenu compte dans la version révisée du Guide de la facilitatrice et du facilitateur.

Tableau 15
Synthèse des suggestions retenues pour l'activité d'apprentissage et la grille

Guide de la facilitatrice et du facilitateur	Suggestions retenues
Présentation du scénario	Ajouter une ligne dans le tableau qui indique que le scénario se déroule avec la collaboration des élèves de la formation SASI.
Section I : Guide de breffage	Ajouter, à l'étape 1 « Envoyer les consignes aux élèves du programme SASI ».
	Modifier la partie de phrase « Réviser le résumé » par « Stimuler la discussion concernant la situation, les concepts théoriques et revoir le vocabulaire ».
	Ajouter « Stimuler la réflexion concernant le champ d'exercice infirmier réservé et partagé »
Section II : Consignes aux étudiantes et aux étudiants	Changer l'appellation de cette section par « Section pédagogique ».
	Déplacer : « Le champ réservé à l'exercice infirmier et ceux partagés » de la colonne « Lectures préalables » dans celle nommée « Connaissances préalables ».
	Ajouter les histoires de cas en lien avec FA sous ACO, MCAS, HTA et le TCC et l'hypertension intracrânienne, l'examen neurologique et les pages de référence.
	Bonifier le premier objectif d'apprentissage en ajoutant « lors d'une chute d'une patiente ou d'un patient ».
	Ajouter d'avoir une réflexion sur soi, sur son attitude.
Section IV : Étapes et les variations possibles du scénario	Éliminer la variation 1 et 2 et conserver la variation 3
	Conserver la variation 2 dans une banque de scénarios et enlever la phrase dans la variation 2 : « Vous vous frottez la poitrine ».
	Clarifier la phrase dans la variation 3 : « Vous n'avez pas de nausées, un mal de tête » par « Vous n'avez pas de nausées, mais vous avez mal à la tête ».
Section V : Grille d'observation d'indicateurs comportementaux	Augmenter l'espace pour les commentaires et autres observations.
	Intégrer une note de bas de page qui précise que ce sont les actions de la dyade soignante.
	Synthétiser les critères en englobant les membres de l'équipe soignante.
Section VI : Guide de débriefage	Ajouter : « Comment vous êtes-vous senti au contact de la personne ? » « Qu'est-ce que vous reprenez de cette situation ? »
	Changer la question : « Comment a fonctionné votre équipe ? » par « Quels ont été les points forts et les points faibles de vos activités interdisciplinaires ? »

Toutes les modifications retenues se retrouvent dans la version révisée du Guide de la facilitatrice et du facilitateur qui peut être consultée à l'annexe T. Nous considérons que ce guide modifié nous semble acceptable en ce sens qu'aucune expérimentation n'a eu lieu, puisque la phase de mise à l'essai ne faisait pas partie des objectifs de cet essai. La présentation et l'interprétation des données relatives à notre activité d'apprentissage et à notre grille d'observation des indicateurs comportementaux nous permettent d'affirmer que nous avons répondu aux objectifs spécifiques que nous avons fixés en vue de résoudre le problème de recherche identifié : le manque d'activités d'apprentissage qui favorisent le développement, de manière systématique, de la collaboration interprofessionnelle chez toutes les étudiantes et tous les étudiants dans le programme de Soins infirmiers au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu afin de faciliter l'intégration des différents rôles au sein de l'équipe soignante. En plus de remédier au manque de standardisation présent dans les activités existantes pour développer la collaboration interprofessionnelle, l'activité de SHF proposée permettra de pallier la difficulté à exposer les étudiantes et les étudiants à des situations d'apprentissage rendant possible d'intégrer les différents rôles. Dans la section 1.6.3 du chapitre 1, nous avons soulevé certaines difficultés concernant la logistique de la journée de collaboration interétablissement, soulignant qu'il était difficile de libérer toutes les étudiantes et tous les étudiants finissants, du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu et de l'EPM au même moment. Ces difficultés étaient entre autres attribuées à la réservation des milieux de stages qui s'effectue un an à l'avance et au fait que les journées de stages ne sont pas toujours au même moment à chaque année. Les horaires de SHF sont élaborés au début de chaque session et ont une plus grande flexibilité, car les locaux de SHF sont utilisés seulement par le programme de Soins infirmiers du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu, tandis que les plages de stages cliniques peuvent être sollicitées par plusieurs établissements d'enseignement de différents ordres et provenant de différentes villes de la Montérégie. Donc, il est possible d'arrimer plus facilement les plages horaires pour faciliter la tenue de la SHF, en conservant le même nombre d'étudiantes et d'étudiants qu'en stage, soit six étudiantes ou étudiants, car moins de gens sont impliqués dans le processus. Cette nouvelle activité d'apprentissage offre l'opportunité d'explorer des situations cliniques avec d'autres membres de l'équipe soignante plus facilement et avec moins de contraintes. Il ne reste plus qu'à procéder à une expérimentation de l'activité d'apprentissage dans un cours du programme de Soins infirmiers.

CONCLUSION

Le développement des compétences professionnelles en soins infirmiers varie selon plusieurs facteurs internes et externes ce qui accentue la complexité de la tâche enseignante. Le programme de Soins infirmiers est à la remorque, entre autres, des modifications législatives, des modifications récentes du système de la santé et de la complexité des soins aigus requis par les patientes et les patients atteints de pathologies multiples. Pour répondre aux besoins de la population et aux constantes modifications de la pratique professionnelle, le programme Soins infirmiers doit recourir à des stratégies d'enseignement et d'apprentissage innovantes afin de développer une compétence primordiale : la collaboration interprofessionnelle. Tout d'abord, la qualité des soins prodigués par l'équipe soignante composée de différentes intervenantes et intervenants de la santé au Québec (préposée et préposé aux bénéficiaires, infirmière et infirmier auxiliaire, infirmière et infirmier) s'avère primordiale. Les distinctions, entre les différentes intervenantes et différents intervenants, résident dans leur formation, leur rôle et leurs responsabilités auprès de la patiente et du patient. En considérant les différences entre les intervenantes et les intervenants de la santé, le concept-clé de collaboration interprofessionnelle se dégage pour assurer le but ultime des soins infirmiers : la qualité optimale de soins prodigués aux patientes et aux patients. La méconnaissance et la confusion des rôles dans l'application du champ infirmier et des activités réservées nuisent à la collaboration. De plus, aucune activité d'apprentissage standardisée ne permet de la développer, d'autant plus que les expériences en stages cliniques varient d'une étudiante ou d'un étudiant à l'autre. La conception de nouvelles activités d'apprentissage devient l'avenue pour répondre aux besoins de formation. Plus précisément, l'utilisation de la simulation haute-fidélité (SHF) apporte de nouvelles possibilités pour le développement de compétences dans le programme de Soins infirmiers. Nous croyons que l'activité d'apprentissage en SHF est susceptible de développer la collaboration interprofessionnelle.

Notre recherche vise à développer la compétence de collaboration interprofessionnelle chez les étudiantes et les étudiants de sixième session en Soins infirmiers à l'aide d'une activité de simulation haute-fidélité favorisant l'intégration des différents rôles au sein de l'équipe soignante. Nous avons choisi les concepts de compétence, de collaboration ainsi que celui d'activité d'apprentissage en SHF comme cadre de référence. La recherche qualitative interprétative supporte notre étude, car nous étions intéressée par le sens que les participantes et les participants ont exprimé face à l'activité d'apprentissage en SHF et la grille d'observation des indicateurs comportementaux que nous avons développées. Ainsi, le type d'essai que nous avons réalisé s'appuie sur la méthodologie d'une conception d'activités d'apprentissage de Paillé (2007). Notre activité d'apprentissage utilise la SHF puisque la méthode permet de reproduire de manière explicite et standardisée des situations cliniques à l'aide d'un mannequin intelligent en éliminant tous risques de préjudices à la patiente ou au patient tel que défini par HAS (2012), Simoneau (2012), INASCL (2011), Granry *et al.* (2012), ce qui permettra de standardiser l'expérience des étudiantes et des étudiants en uniformisant les expériences cliniques. Notre activité d'apprentissage est supportée par le Guide de la facilitatrice et du facilitateur (annexe Q) qui inclut la grille d'observation des indicateurs comportementaux. Notre guide est conforme aux principes émis par Motola *et al.* (2013), Deschesnes *et al.* (2016), HAS (2012), Rutherford-Hemming (2012), INASCL (2011), Eppich et Chang (2015), Waxman (2010) en ce qui concerne les trois étapes de la SHF : breffage, scénario et débrefage tout en respectant la pédagogie derrière la SHF. Notre activité d'apprentissage a été élaborée en fonction du développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle conformément à la définition émise par Robidoux (2007), D'Amour (1997) et l'OIIQ (2014) comme étant un partenariat, une mise en commun entre les différentes intervenantes ou intervenants du domaine de la santé ayant comme but commun les soins de santé optimaux pour les patientes et les patients. Notre activité préconise l'expérimentation de la collaboration interprofessionnelle en clarifiant les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe soignante, en exploitant les conditions essentielles à la collaboration ainsi que les avantages de celle-ci tels que préconisés par Larue *et al.* (2013), Simoneau (2012), Deschênes *et al.* (2016), Kozier *et al.* (2004),

Lingard (2012), D' Amour (2001), Lonchamp (2007), Asmar (2007) ainsi que D' Amour et Oandasan (2004). Notre grille d'observation des indicateurs comportementaux respecte les critères de performance mentionnés dans les écrits du Gouvernement du Québec (2007), Compétence Québec (2017a) et Motola *et al.* (2013) pour nous assurer d' avoir un outil de mesure fournissant des données fiables.

Un questionnaire inspiré du cadre de référence a été distribué à six enseignantes dans le programme Soins infirmiers du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu et du Cégep de Sherbrooke. Nous avons privilégié deux cégeps, le premier à qui l'activité d'apprentissage est dédiée et l'autre qui avait l'expertise avec la SHF. Nos données ont été approfondies et validées par le biais d'entrevues semi-dirigées effectuées individuellement.11 Le journal de bord de la chercheuse a servi à consigner notamment nos réflexions, interrogations et décisions tout au long du processus de développement et de validation de l'activité d'apprentissage.

Les commentaires recueillis auprès des participantes ont contribué à l'amélioration de l'activité d'apprentissage et de la grille d'observation des indicateurs comportementaux. Ainsi, la version révisée de l'activité d'apprentissage et de la grille d'observation s'avère être la principale retombée de cet essai et sert également de modèle pour le développement des autres scénarios de SHF au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu.11 La version révisée sera éventuellement présentée aux enseignantes et enseignants du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu lors d'une assemblée départementale qui aura lieu au cours de l'hiver 2019. De plus, nous prévoyons organiser une journée où l'activité d'apprentissage **SHF** sera expérimentée. Des démarches sont présentement en cours pour l'organisation de cette journée avec une école professionnelle.

Bien que l'activité d'apprentissage et la grille d'observation des indicateurs comportementaux aient été développées spécifiquement pour le Cégep de Saint-Jean-sur-Richelieu, nous nous sommes assurée de sa transférabilité, notamment en fournissant une description détaillée du contexte dans lequel s'inscrit notre recherche afin que l'éventuelle personne utilisatrice soit en mesure de porter un jugement sur l'applicabilité de l'activité

d'apprentissage et de la grille d'observation des indicateurs comportementaux dans son milieu.

Ainsi, nous croyons que les objectifs spécifiques ont été atteints et que l'ajout de l'activité d'apprentissage avec la SHF et la grille d'observation des indicateurs comportementaux comme activité d'apprentissage standardisée développera la compétence de collaboration interprofessionnelle chez les étudiantes et les étudiants de sixième session du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu.

Dans le cadre de cet essai, nous constatons certaines limites à cette recherche : le fait que l'activité n'a pas été testée auprès des étudiantes et des étudiants ainsi que le nombre de participantes.

Une première limite identifiée est que l'activité n'a pas été testée auprès des étudiantes et des étudiants, il importe de mentionner qu'il est possible que le scénario et le guide de la facilitatrice et du facilitateur pourraient être appelés à être modifiés à nouveau à la suite de la mise à l'essai.

Quant à la seconde limite, elle concerne le nombre de participantes. À cet effet, nous rappelons que nous avons eu au total six participantes. Ainsi, nous considérons que cette limite aurait pu être évitée en sollicitant un troisième cégep ayant l'expertise en SHF, ce qui aurait peut-être augmenté le nombre total de participants et de participantes.

En terminant, nous proposons quelques pistes pour des recherches futures. Tout d'abord, lorsque l'activité d'apprentissage sera finalisée, il serait approprié d'effectuer une recherche-expérimentation lors de la phase de mise à l'essai afin d'évaluer l'efficacité de l'activité d'apprentissage pour développer la collaboration interprofessionnelle. Nous pourrions valider l'impact sur la collaboration interprofessionnelle en milieu clinique avec des infirmières et des infirmiers gradués qui ont été sensibilisés à la collaboration interprofessionnelle par la SHF par rapport à d'autres qui ne l'ont pas été.

Nous entrevoyons une autre avenue possible en considérant la transférabilité des résultats de notre essai, il s'agirait de l'expérimentation de cette activité d'apprentissage adaptée à d'autres programmes de formation du domaine de la santé au collégial, par exemple Techniques de travail social ou Techniques d'inhalothérapie. Le même scénario pourrait être adapté aux différents intervenantes et intervenants de la santé, car la collaboration interprofessionnelle touche aussi plusieurs autres professionnelles et professionnels agissant auprès des patientes et des patients. Par ailleurs, le modèle de l'activité d'apprentissage pourrait être utilisé pour le développement d'autres compétences à l'aide de la SHF dans le programme de Soins infirmiers.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agence de la santé publique du Canada (2004). *Site de l'agence de la santé publique du Canada*. Site téléaccessible à l'adresse<<http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ccph-cesp/glos-fra.php>>. Consulté le 17 décembre 2016.
- Asmar, M. (2007). *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire libanais* (p. 57-75). Communication présentée au congrès international en management, Beyrouth, Liban.
- Assemblée nationale (2002). *Loi 90 modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Site téléaccessible à l'adresse<[file:///C:/Users/cgravel/Downloads/pl_02_090f%20 \(1\) .pdf](file:///C:/Users/cgravel/Downloads/pl_02_090f%20(1).pdf)>. Consulté le 18 juillet 2017.
- Assemblée nationale (2009). *Loi 21 Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Site téléaccessible à l'adresse<file:///C:/Users/cgravel/Downloads/pl_09_021f.pdf>. Consulté le 18 juillet 2017.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2006). *Soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers*, Toronto, Canada.
- Basque, J. (2015). *Le concept de compétences : Quelques définitions. Projet MAPES (Modélisation de l'approche-programme en enseignement supérieur)*. Réseau de l'Université du Québec. Site téléaccessible à l'adresse <<http://pedagogie.quebec.ca>>. Consulté le 17 juillet 2017.
- Bizier, N. (1995). *L'utilisation des connaissances liées aux problèmes à traiter en collaboration chez des étudiantes infirmières de niveau collégial*. Maîtrise en éducation, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu (2014). *Plan de formation Soins infirmiers 180.A0*. (3^e éd.). Saint-Jean-sur-Richelieu : cégep Saint-Jean-sur-Richelieu (1^{re} éd. 2001).
- Compétences Québec (2017). *Site InforouteFPT*. Site téléaccessible à l'adresse <<https://www.inforoutefpt.org/progSecDet.aspx?prog=5316&sanction=5>>. Consulté le 12 avril 2017.

- Compétences Québec (2017a). *Site InforouteFPT*. Site téléaccessible à l'adresse <<https://www.inforoutefpt.org/progSecDet.aspx?prog=5325&sanction=5>>. Consulté le 12 avril 2017.
- D'Amour, M. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Thèse de doctorat en santé publique, Université de Montréal, Montréal.
- D'Amour, D. (2001). Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille. Pourquoi et dans quelles conditions ? *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8 (1), 136-145.
- D'Amour, D., et Oandasan, I. (2004). *Interdisciplinary Education for Collaborative, Patient Centred Practice*. Ottawa : Santé Canada.
- Deschênes, M.-F. Fournier V. et St-Julien, A. (2016). Le développement du jugement en situation authentique. *Pédagogie collégiale*, 30 (1), 14-22.
- Deschênes, M. Parent, S. (2008). Optimiser l'apprentissage du travail d'équipe. *Pédagogie collégiale*, 21 (4), 6-9.
- Eppich, W., Cheng, A., (2015). Promoting excellence and reflective learning in simulation (PEARLS). Development and rationale for a blended approach to health car simulation debriefing. *Society for Simulation in Healthcare*, 10, 106-115.
- Engestrom, Y. (2001). Expansive Learning at Work: toward an activity theoretical reconceptualization. *Journal of education and work*, 14(1), 133-156.
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) (2009). *Révision du système professionnel : les impacts de la Loi 90*. Montréal, Communication-Information en collaboration avec le secteur Tâche et Organisation du travail.
- Fédération nationale des enseignantes et des enseignants du Québec - Confédération des syndicats nationaux (2015). *Convention collective-Personnel enseignant 2015-2020*. Document téléaccessible à l'adresse < <https://fneeq.qc.ca/wp-content/uploads/2015-2020-Convention-Collective-FNEEQ-2015-2020.pdf>>. Consulté le 10 décembre 2018
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. (3^e éd.) Montréal : Chenelière éducation (1^{re} éd. 2006).
- Granry J.-C., et Moll M.-C. (2012). *Rapport de mission État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins*. Haute Autorité de Santé (HAS). France.

- Gouvernement du Québec (2002). *Élaboration des programmes d'études techniques, Cadre général – Cadre technique*. Québec : ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, comité de révision du travail d'actualisation de l'ensemble de la documentation de référence pour l'élaboration des programmes d'études professionnelles et techniques.
- Gouvernement du Québec (2007). *Programme d'études 180.A0 : Soins infirmiers*, Québec : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.
- Haute Autorité de Santé (HAS) (2012). *Évaluation et amélioration des pratiques. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé*. France.
- Hazlina-Hashim, N. (2007). Activity theory: a framework for qualitative analysis. Université de Wollongong, Australie. Site téléaccessible à l'adresse <<http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1434&context=commpapers>>. Consulté le 14 décembre 2016.
- INASCL (2011). Standard II: Profesional intergrity of participant. *Clinical Simulation in Nursing*, 7(4S), S3-S7.doi: 10.16/j.ecns.2011.05.06.
- INASCL (2016). Standards of best practice: SimulationSM Simulation design. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(S), S5-S12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.005>.
- Institut canadien pour la sécurité des patients (2011). *Le travail d'équipe et la communication dans les soins de santé : Une analyse documentaire*. Edmonton, Alberta : Groupe de travail sur le travail d'équipe et les communications.
- Joly, L. (2013). *Conception d'un examen clinique objectif structuré pour le volet pratique de l'épreuve synthèse du programme Technologie de radio-oncologie*. Maîtrise en éducation, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Karsenti, T.et Savoie-Zajc, L (2011), *La recherche en éducation étapes et approches*. (3^e éd.). Ville St-Laurent : Les éditions du Renouveau pédagogique. (1^{re} éd. 2001).
- Kozier, B. Erb, G. Berman, A. Snyder, S. (2004). *Fundamentals of nursing :concepts, process, and practice* (7^e éd.). New Jersey : Pearson.
- Laerdal. (2009). Simulation User Network: Programming Scenarios. Site téléaccessible à <https://www.laerdal.com/usa/sun/ppt/Scenario_Programming.pdf> Consulté le 13 mai 2017.
- Larue, C. Pépin, J. et Allard, É. (2013). *Les stages en sciences infirmières au 21^e siècle- Recension des écrits : Simulation, critères de qualité et encadrement*. Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI) pour le Comité de formation des infirmières pour l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. Montréal.

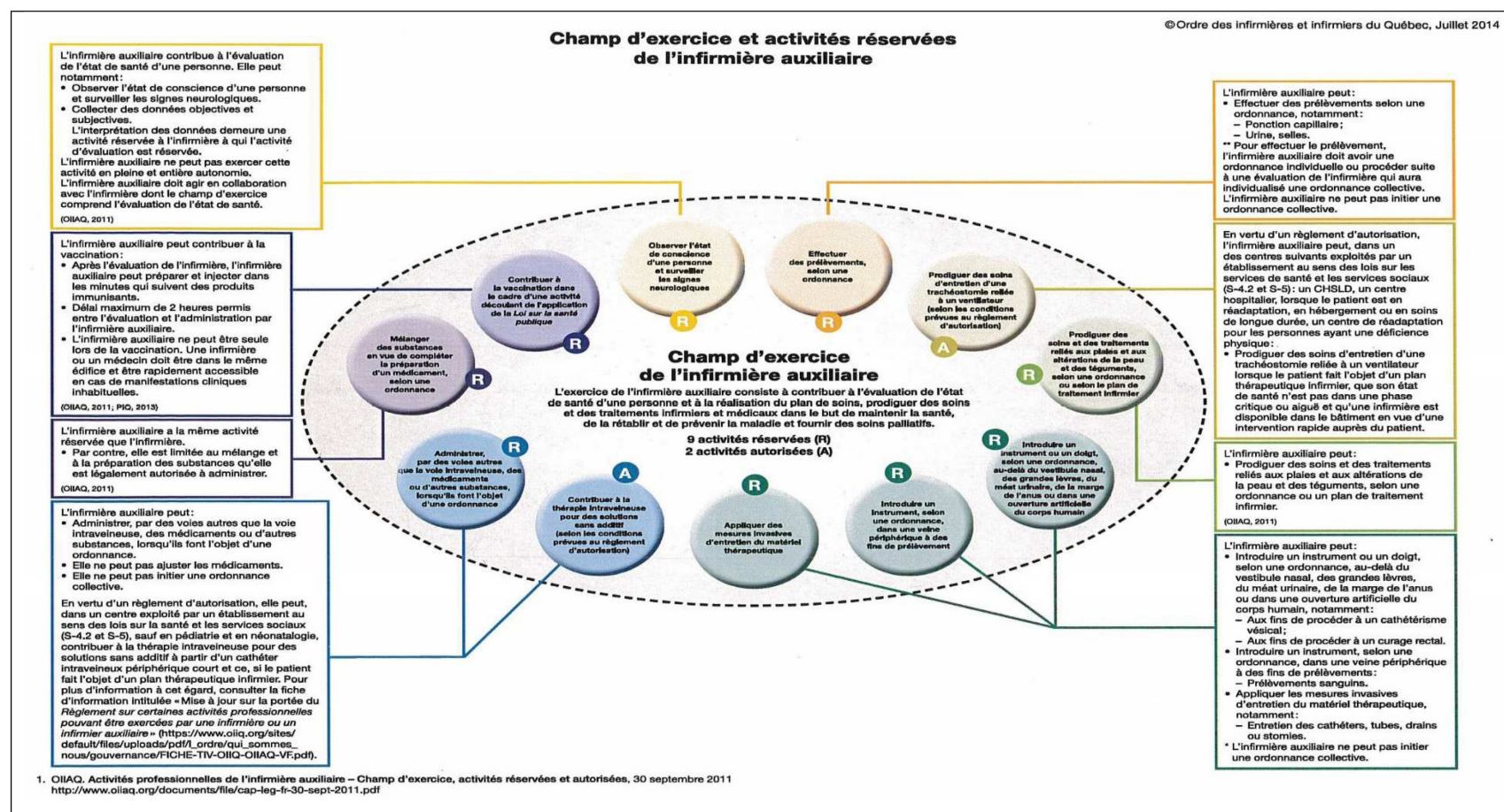
- L'Écuyer, R. (1988). L'analyse de contenu : notion et étapes. In. J.P. Deslauriers (dir.). *Les méthodes de la recherche qualitative* (p. 48-65). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Legendre, M.-F. (s.d.). *Sens et portée de la notion de compétence dans le nouveau programme de formation*. Montréal : Université de Montréal.
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (3^e édition). Montréal, Québec. Guérin. (1^{re} éd. 1993).
- Lingard, L. (2012). Representing complexity well: a story about teamwork, with implications for how we teach collaboration. (B. P. Ltd, Éd.) *Medical Education* 2012, 46, 869–877.
- Lonchamp, J. (2007). Un cadre conceptuel et logiciel pour la construction d'environnements d'apprentissage collaboratifs. *Sciences et Technologie de l'Information et de la Communication pour l'Éducation et la Formation*, 14,1 20.
- Miles, M.B. et Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (Trad. par M.H.R., Université Bordeaux 4) (2 éd.). Bruxelles: De Boeck.
- Motola, I., Devine, L., Chung, H-S., Sullivan, J.-E., Barry-Issenberg, S. : (2013). *Simulation in healthcare education: A best evidence practical guide*. AMEE Guide no. 82, Medical Teacher, e1511-e1530 : DOI : 10,3109/0142159X.2013.818632.
- Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (OIIQ) (2009). *Recommandations sur les stages cliniques dans la formation infirmière*. Montréal. Rapport du comité d'experts sur les stages cliniques.
- Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (OIIQ) (2013). *Guide explicatif : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Québec, sous la coordination de l'Office des professions du Québec par un comité de rédaction où les ordres professionnels concernés.
- Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (OIIQ [2014]. *Site de l'OIIQ*. Les valeurs de la profession infirmière. Site téléaccessible à <<http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/valeurs-de-la-profession-infirmiere>>. Consulté le 13 janvier 2017.
- Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (OIIQ (2014a). *Site de l'OIIQ*. Portée du champ d'exercice. Site téléaccessible à <<https://www.oiiq.org/publications/repertoire/portee-du-champ-dexercice>> Consulté le 21 novembre 2017.

- Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (OIIQ) (2015) *Prise de position : Prestation sécuritaire de soins*. Montréal. Adoptée par le Conseil d'administration de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec le 12 mars 2015.
- Paillé, P. (2007). *Site de l'université de Sherbrooke*. La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires. Site téléaccessible à l'adresse : <http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/La_these_12_devis_methodologiques.pdf> Consulté le 15 décembre 2016.
- Perrenoud, P. (1995). Des savoirs aux compétences. De quoi parle-t-on en parlant de compétences ? *Pédagogie collégiale*, 9 (1), 20-24
- Petit Robert, (2011). *Dictionnaire*. (3^e éd.) Paris (1^{re} éd. 1967).
- Phaneuf, M. (2013). *Le travail d'équipe auprès des malades : ressource ou souffrance*. Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/01/Le-travail-dequipe-.pdf>>. Consulté le 11 décembre 2016.
- Robidoux, M. (2007). (École en chantier). *Osons construire ensemble. Cadre de référence de la collaboration interprofessionnelle*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, Faculté de l'éducation permanente, Commissions scolaires de l'Estrie, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. In.B. Gauthier (dir.), *Recherche en sciences sociales de la problématique à la collecte de données* (p. 337-360). (5^e éd.). Sainte-Foy : Presse de l'université du Québec.
- Savoie-Zajc, L. (2011). La recherche qualitative/interprétative en éducation. In.T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (dir.), *La recherche en éducation étapes et approches* (p. 123-147). (3^e éd.)St-Laurent : Les éditions du Renouveau pédagogique. (1^{re} éd. 2001).
- Simoneau, I.-L. (2012). *Efficacité pédagogique de la simulation clinique haute-fidélité dans le cadre de la formation collégiale en soins infirmiers*. Rapport de recherche PARÉA. Cégep de Sherbrooke. (PAREA PA2010-004).
- Simoneau, I.L. et Paquette, C. (2014). *Pédagogie par la simulation clinique haute-fidélité dans la formation collégiale en santé*. Rapport de recherche PARÉA. Cégep de Sherbrooke. (PAREA PA2012-015).
- Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF), 2015. La qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale. Ville de Montréal

- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences : Documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Thesimtech (s.d.). *Site de Thesimtech*. Site téléaccessible à l'adresse <<http://thesimtech.com/>>. Consulté le 25 septembre 2017.
- Université de Sherbrooke (2015). *Guide du bloc recherche innovation et analyse critique de la maîtrise en enseignement au collégial*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation.
- Waxman, K.-T. (2010). The development of evidence based clinical simulation scenarios: guideline for nurse educators. *Journal of Nursing education*, 49(1), 29-35.

ANNEXE A

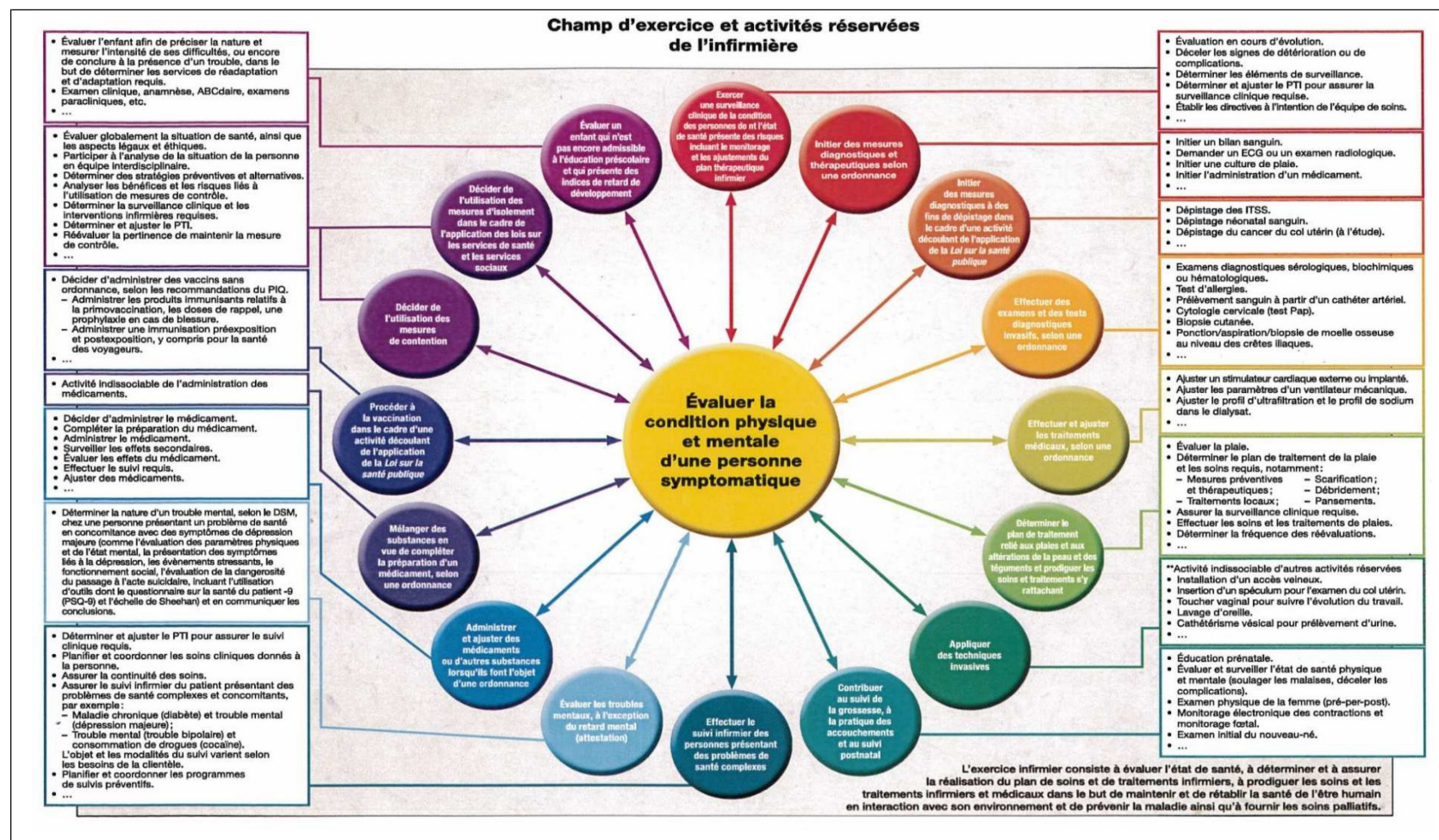
CHAMP D'EXERCICE DE L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE



Source : Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ [2014a]). Site de l'OIIQ. Portée du champ d'exercice. Document téléaccessible à < . <https://www.oiiq.org/publications/repertoire/portee-du-champ-dexercice> > Consulté le 21 novembre 2017.

ANNEXE B

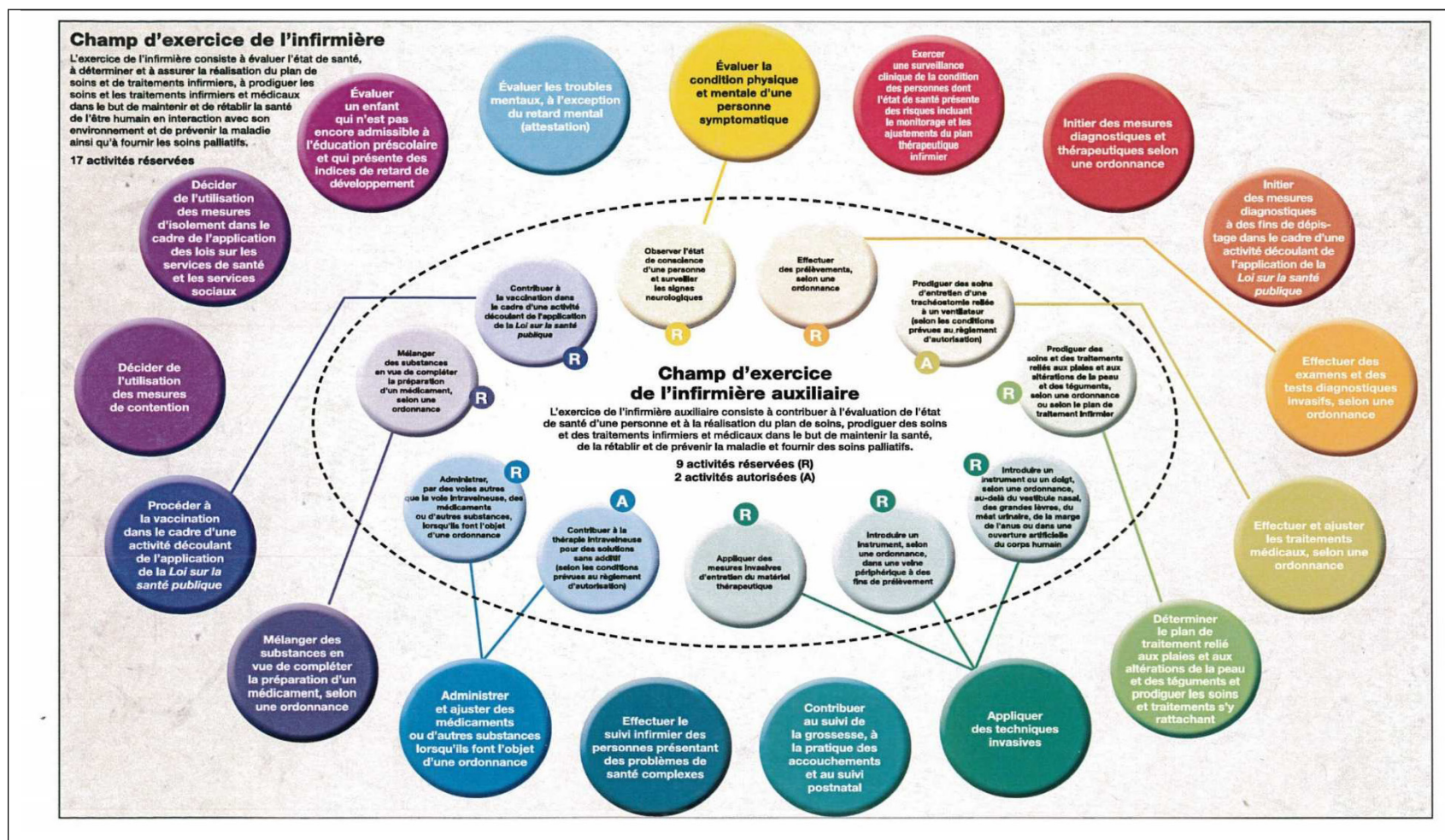
CHAMP D'EXERCICE DE L'INFIRMIÈRE



Source : Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ [2014a]). Site de l'OIIQ. Portée du champ d'exercice. Document téléaccessible à < . <https://www.oiiq.org/publications/repertoire/portee-du-champ-dexercice> > Consulté le 21 novembre 2017.

ANNEXE C

CHAMP D'EXERCICE DE L'INFIRMIÈRE ET DE L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE



Source : Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ [2014a]). Site de l'OIIQ. Portée du champ d'exercice. Document téléaccessible à < . <https://www.oiiq.org/publications/repertoire/portee-du-champ-dexercice> > Consulté le 21 novembre 2017.

ANNEXE D

GRANDES COMPÉTENCES ET OBJECTIFS VISÉS PAR LE PROGRAMME DE

SOINS INFIRMIERS 180.A0

Grandes compétences	Objectifs de la composante de formation spécifique	
Intégrer son identité professionnelle en soins infirmiers et s'engager dans un processus de développement continu	01Q0	Analyser la fonction de travail
	01Q3	Se référer à une conception de la discipline infirmière pour définir sa pratique professionnelle
	01QC	S'adapter à différentes situations de travail
	01QF	Concevoir son rôle en s'appuyant sur l'éthique et sur les valeurs de la profession
Adopter une approche partenariale dans ses interactions avec la clientèle et les autres intervenants ou intervenantes	01Q2	Composer avec les réactions et les comportements d'une personne
	01Q5	Établir une communication aidante avec la personne et ses proches
	01Q6	Composer avec des réalités sociales et culturelles liées à la santé
	01QA	Enseigner à la personne et à ses proches
	01QD	Établir des relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants
Poser un jugement approprié sur une situation clinique en soins infirmiers au moyen d'une méthode systématique	01Q1	Développer une vision intégrée du corps humain et de son fonctionnement
	01Q4	Utiliser des méthodes d'évaluation et des méthodes de soins
	01Q7	Relier des désordres immunologiques et des infections aux mécanismes physiologiques et métaboliques
	01Q8	Interpréter une situation clinique en se référant aux pathologies et aux problèmes relevant du domaine infirmier
	01Q9	Établir des liens entre la pharmacothérapie et une situation clinique
Intervenir de façon sécuritaire et adaptée auprès de personnes requérant des soins infirmiers dans divers contextes	01QB	Assister la personne dans le maintien et l'amélioration de sa santé
	01QE	Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisées requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie
	01QG	Appliquer des mesures d'urgence
	01QH	Intervenir auprès d'une clientèle requérant des soins infirmiers en périnatalité
	01QJ	Intervenir auprès d'enfants ainsi que d'adolescentes et adolescents requérant des soins infirmiers
	01QK	Intervenir auprès de personnes recevant des soins infirmiers en médecine et en chirurgie dans des services ambulatoires
	01QL	Intervenir auprès de personnes requérant des soins infirmiers en santé mentale
	01QM	Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie requérant des soins infirmiers en établissement

Source : Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu (2014). *Plan de formation Soins infirmiers 180.A0*. (3^e éd.).
 Saint-Jean-sur-Richelieu : cégep Saint-Jean-sur-Richelieu (1^{re} éd. 2001).

ANNEXE E

ÉNONCÉ DE LA COMPÉTENCE 01QD

Énoncé de la compétence : Établir des relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants (01QD).	
Éléments de la compétence	Critères de performance
1. Travailler en collaboration, au sein d'une équipe de soins.	<ul style="list-style-type: none"> - Manifestation d'attitudes et de comportements favorables à l'établissement d'un bon climat de travail. - Souci d'assurer la diffusion de l'information. - Apport significatif à la résolution de problèmes et à la prise de décisions. - Souci de créer une cohésion dans l'équipe de soins infirmiers en vue d'obtenir les résultats escomptés chez la personne. - Exercice approprié de son pouvoir d'influence.
2. Coordonner des activités de soins infirmiers.	<ul style="list-style-type: none"> - Planification efficace des activités de soins. - Détermination judicieuse des activités à confier au personnel auxiliaire. - Soutien approprié au personnel auxiliaire. - Contrôle de la qualité des soins confiés au personnel auxiliaire à partir des résultats obtenus.
3. Travailler en interdisciplinarité.	<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaissance précise du rôle et des responsabilités de chaque personne. - Manifestation d'attitudes et de comportements facilitant le travail en interdisciplinarité. - Affirmation de sa compétence et de son autonomie professionnelle. - Respect de la compétence et de l'autonomie professionnelle des autres intervenantes et intervenants. - Clarté de l'information transmise au sujet de la personne soignée. - Apport significatif à la résolution de problèmes et à la prise de décisions.
4. Interagir dans des situations de travail conflictuelles.	<ul style="list-style-type: none"> - Interprétation juste de la situation. - Examen critique de ses réactions par rapport à la situation. - Manifestation d'écoute et d'ouverture à l'égard d'un point de vue divergent. - Affirmation claire et respectueuse de son point de vue. - Recherche d'une solution consensuelle.
5. Accomplir des tâches administratives.	<ul style="list-style-type: none"> - Application rigoureuse des procédures liées à l'admission, au transfert, au départ ou au décès d'une personne. - Application rigoureuse des procédures relatives aux incidents et aux accidents. - Gestion rigoureuse des médicaments et du matériel de soins.
6. Gérer de l'information en vue d'assurer la continuité des soins et le suivi.	<ul style="list-style-type: none"> - Collecte de l'information nécessaire à la planification des soins. - Rédaction de notes précises, concises et justes au dossier. - Détermination appropriée du plan thérapeutique infirmier et des ajustements à lui apporter. - Détermination et mise à jour appropriées du plan de soins et de traitements infirmiers. - Transmission de l'information pertinente. - Respect des modalités de communication établies. - Révision correcte des dossiers et traitement approprié des ordonnances. - Prise en considération du plan d'intervention et de suivi multidisciplinaire.

Source : Gouvernement du Québec (2007). *Programme d'études 180.A0 : Soins infirmiers*, Québec : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

ANNEXE F

PRINCIPLE TEAM TRAINING

Principle	Content
Identify critical teamwork competencies and use these as a focus for training content.	Teamwork is a complex process with many relevant types of knowledge, skills, and attitudes. Teamwork focuses on leadership, mutual performance monitoring, backup behavior, adaptability, and team orientation. Examples are crew resource management, team-building, and cross-training programs
Emphasize teamwork over task work, design for teamwork to improve team processes.	Because of scarce time and availability for training, there is a tendency to include elements of both task work and teamwork into training sessions. Most effective team training programs that improve team processes focus only on teamwork.
One size does not fit all. Let the team based learning outcomes desired, and organizational resources, guide the process.	Effective team training is guided by educational science. Teamwork is more than knowledge; it also includes behavior and attitudes. For effective team training, a mix of traditional methods of instruction (lecture), modeling/demonstration, and practice or simulation should be utilized.
Task exposure is not enough. Provide guided, hands-on practice.	Effective team training also entails guided, hands-on practice. High-fidelity simulation and role-playing are the most-utilized practice training methods
The power of simulation. Ensure training reflects work environment	Effective training creates an environment in which trainees go through the same mental processes they will utilize on the job. Simulation-based training offers opportunities for trainees to implement and practice skills in environments similar to what they will experience on the job. Key to effective use of simulation-based training is to create realistic scenarios that trainees will or could potentially encounter on the job.
Feedback matters. It must be descriptive, timely, and relevant.	Feedback can include both outcome-based and behavior-based information. Feedback is usually in the form of a debriefing during which trainees discuss their own performance with the help of a facilitator.
Go beyond reaction data. Evaluate clinical outcomes, learning, and behaviors on the job.	Training must be evaluated to measure learning outcomes and to determine program effectiveness. Methodological approach to training evaluation should be implemented.
Reinforce desired teamwork behaviors. Sustain through coaching and performance evaluation.	The behaviors targeted during training must be reinforced on the job. To promote the transfer of teamwork competencies targeted in training to the job environment, teamwork behaviors should be incorporated into coaching and mentoring sessions, as well as performance evaluation.

Source : Motola, I., Devine, L., Chung, H-S., Sullivan, J.-E., Barry-Issenberg, S. : (2013). *Simulation in healthcare education: A best evidence practical guide*. AMEE Guide no. 82, Medical Teacher, e1511-e1530: DOI : 10.3109/0142159X.2013.818632.

ANNEXEG
CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE (SAINT-JEAN-SUR-RICHELIEU)

CÉGEP

SAINT-JEAN-SUR-RICHELIEU

**CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE
COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS
13 novembre 2017**

La présente attestation certifie que le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu a examiné la demande d'approbation éthique pour le projet intitulé :

Simulation de haute-fidélité pour la collaboration interprofessionnelle en soins infirmiers (dossier 2017-10-17-CG)

présenté par **Mme Claude Graval** du Département de soins infirmiers du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu.. Le Comité d'éthique a déterminé que la demande respecte les principes éthiques reconnus par le Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu et accorde donc son approbation à ce projet

La présente attestation est valide jusqu'au 31 décembre 2018.



Pascal Thibault, Ph.D.

Président du Comité d'éthique de la recherche
cégep Saint-Jean-sur-Richelieu

ANNEXE H
CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE (SHERBROOKE)



Certificat d'éthique

Le présent certificat atteste que le projet de recherche numéro : 2017-05

intitulé : « **CONCEPTION D'ACTIVITÉ D'APPRENTISSAGE VISANT À DÉVELOPPER LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE EN SOINS INFIRMIERS** »,

a **été évalué en comité restreint** lors d'une réunion tenue le 13 décembre 2017, et a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche (CÉR) dont le mandat est de s'assurer que les projets menés par les chercheurs affiliés au Cégep de Sherbrooke respectent les principes et les règles régissant la recherche avec des sujets humains.

Ce certificat est valide du 19 décembre 2017 au 31 décembre 2018 et engage le chercheur à respecter les procédures de suivi du projet.

Émis à Sherbrooke, ce **19 décembre 2017**

Kim Noël-Boulet, président du comité

Tout changement au protocole visé par le présent certificat doit être soumis au CÉR pour une nouvelle approbation.

Dernière mise à jour : Octobre 2014 (LB)

ANNEXE I

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT AU
QUESTIONNAIRE DU CÉGEP SAINT-JEAN-SUR-RICHELIEU**



1. Informations préliminaires

1.1 Titre du projet : Conception d'activité d'apprentissage visant à développer la collaboration interprofessionnelle en Soins infirmiers

1.2 Nom, titre et affiliation de la chercheuse ou du chercheur principal : Claude Gravel

1.3 Lieu (x) où se déroulera le projet : Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu, autres collèges ayant un simulateur haute-fidélité.

1.4 Date d'approbation par le CÉR du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu : 6 décembre 2017

2. Invitation à participer au projet de recherche

Il est important de bien lire et comprendre ce formulaire de consentement pour la recherche à laquelle nous vous demandons de participer. Prenez tout le temps nécessaire pour prendre votre décision. N'hésitez pas à poser en tout temps vos questions à la personne qui vous a distribué ce formulaire.

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche parce que vous avez une expertise en enseignement des soins infirmiers à la sixième session. De plus, il se peut que vous ayez une expertise en simulation haute-fidélité. L'étude porte sur la conception d'activité d'apprentissage concernant la collaboration interprofessionnelle. Le but de cette recherche est d'apporter des réponses à notre objectif général concernant le développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle chez les étudiantes et les étudiants de sixième session en soins infirmiers à l'aide d'une activité d'apprentissage favorisant l'intégration des différents rôles au sein de l'équipe soignante. À partir de cet objectif, nous visons les objectifs spécifiques suivants :

- 1) Développer une activité d'apprentissage de collaboration interprofessionnelle en utilisant la simulation haute-fidélité pour les étudiantes et les étudiants de 6^e session du programme de Soins infirmiers du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu.
- 2) Développer une grille d'observation d'indicateurs comportementaux de la compétence de collaboration interprofessionnelle pendant la SHF.
- 3) Valider l'activité d'apprentissage de collaboration interprofessionnelle et la grille de critère de performance auprès d'enseignantes et d'enseignants du programme de Soins infirmiers.

- 4) Valider la grille d'observation des indicateurs comportementaux de la compétence de collaboration interprofessionnelle pendant la SHF auprès d'enseignantes et d'enseignants du programme de Soins infirmiers.

Nous souhaitons recruter quatre à cinq enseignantes et enseignants ayant une tâche à l'hiver 2018 en sixième session dans le programme de Soins infirmiers au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu dans le cadre de cette recherche. Toutefois, la simulation haute-fidélité n'est pas encore instaurée au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu. Le manque d'expertise nous oblige à solliciter d'autres enseignantes et enseignants dans d'autres collèges offrant le programme de Soins infirmiers. Pour contrer ce biais, nous avons sélectionné à travers les nombreux cégeps qui offrent le programme de Soins infirmiers des enseignantes et enseignants (un ou deux) qui ont une expertise en conception d'activité d'apprentissage en simulation haute-fidélité, car celle-ci est déjà instaurée dans leur collège. Les autres établissements visés sont le collège de Shawinigan, le collège de Valleyfield et le Cégep de Sherbrooke.

3. Nature de la participation

La participation à ce projet consiste à prendre connaissance de l'activité d'apprentissage sous le format d'un guide du facilitateur et de répondre au questionnaire d'une durée de 15-20 minutes. Nous souhaitons que les enseignantes et les enseignants du programme Soins infirmiers qui enseignent en 6^e session nous fournissent des informations qui nous permettront de valider la conception de notre activité d'apprentissage et de notre grille d'observation pour nous assurer que notre activité d'apprentissage favorise le développement de la collaboration interprofessionnelle.

4. Bénéfices

Le développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle est un des éléments importants dans l'enseignement des soins infirmiers. Les personnes qui participeront auront la possibilité de prendre un temps d'arrêt pour réfléchir sur le développement de cette compétence. Comme cette recherche sera présentée en département, nous pensons que des discussions pourront avoir lieu et que des échanges s'ensuivront, nous souhaitons que les résultats recueillis servent à l'avancement des connaissances et à l'amélioration des pratiques enseignantes de la formation en Soins infirmiers.

5. Risques et inconvénients

Participer à cette recherche ne comporte pas vraiment de risque.

6. Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous n'avez qu'à communiquer verbalement votre décision. Vous pourrez demander d'enlever les données qui vous concernent, avant qu'elles ne soient rendues anonymes. Après cela, il n'est plus possible de les retirer. Votre décision de ne pas participer, ou de vous retirer de la recherche, n'aura aucune conséquence.

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

7. Remboursement des dépenses et compensations

Vous ne recevrez aucune forme de compensation pour votre participation à cette recherche.

8. Confidentialité

La responsable de la recherche recueillera des renseignements qui vous concernent pour répondre aux objectifs scientifiques du projet.

La seule information concernant l'identité des personnes participantes est qu'elles proviennent des départements offrant le programme de Soins infirmiers. Afin de protéger votre identité au cours de la recherche, les cégeps seront identifiés par une lettre et les participantes et les participants par un chiffre. Par exemple, A-1 et A-2 indiquent deux personnes participantes d'un même cégep. À la réception des documents, la chercheuse s'engage à classer séparément les questionnaires et les formulaires de consentement, protégeant ainsi l'identité des participantes et des participants. Les copies des questionnaires seront conservées au bureau de la chercheuse, dans un classeur sous clé. Les données seront inscrites dans un fichier informatique, dans un ordinateur protégé par un mot de passe, seule la chercheuse aura accès à ces données. Les questionnaires seront déchiquetés cinq ans après la fin de ce projet de recherche. Si la chercheuse a besoin de clarifier certains résultats du questionnaire, elle les clarifiera au moyen d'entrevues semi-dirigées et celles-ci seront enregistrées. Les enregistrements seront détruits en même temps que les questionnaires, c'est-à-dire après cinq ans. La destruction se fera à la fin de cette période de cinq ans, soit en 2023.

Les résultats de cette recherche pourront être discutés en département. Ils pourront aussi être diffusés dans des rapports, des publications ou des conférences, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Par ailleurs, il est possible qu'une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu consulte les documents que vous avez remplis dans le cadre de la recherche à des fins de surveillance et de contrôle. Le cas échéant, la personne mandatée pour effectuer ces vérifications sera elle aussi liée par une stricte politique de confidentialité.

9. Utilisation secondaire des données

Si vous l'autorisez, les renseignements que vous fournirez pourront être utilisés pour de futurs projets entrepris par la même équipe de recherche. Ces projets devront être autorisés par le Comité d'éthique de la recherche qui veillera à ce que les données restent toujours confidentielles. Ces projets éventuels seront sous la responsabilité du chercheur principal et seront autorisés par un Comité d'éthique de la recherche. L'équipe de recherche s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité des données qui vous concernent, aux conditions énoncées dans le présent formulaire de consentement. Vous pouvez indiquer, à la fin de ce document, si vous acceptez ou refusez que vos données soient utilisées dans le cadre ces autres projets futurs.

10. Accès aux résultats généraux de la recherche

Vous pourrez obtenir une copie du résumé des résultats de l'étude, en communiquant avec la chercheuse principale à partir de mai 2019.

11. Conflits d'intérêts

La chercheuse occupe un poste de coordonnatrice de programme et le rapport potentiellement hiérarchique pourrait affecter les perceptions des participantes et des participants issus du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu. Certaines mesures seront prises pour diminuer les impacts, compte tenu du possible conflit d'intérêts. Par exemple, les données seront collectées seulement par le questionnaire pour les enseignantes et enseignants qui n'ont pas complété leur évaluation administrative. Les données contenues dans le questionnaire ayant été rendues anonymes, cela permet de diminuer les impacts. La chercheuse exclut la possibilité de collecter des données supplémentaires via l'entrevue semi-dirigée pour les participantes et participants du cégep Saint-Jean-sur-Richelieu. Cette possibilité de conflit d'intérêts est inscrite dans le formulaire de consentement.

12. Personnes-ressources

Si vous avez des questions au sujet de ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Claude Gravel, Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu 30, boul. du Séminaire, Saint-Jean-sur-Richelieu, Québec, 450-347-5301, poste 2290, claudе.gravel@cstjean.qc.ca.

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. Si vous avez des questions sur vos droits en tant que participant, ou sur les aspects éthiques de ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le Comité d'éthique de la recherche du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu, à l'adresse suivante : cer@cstjean.qc.ca.

Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler relativement à cette recherche, vous pouvez communiquer avec monsieur Philippe Bossé, directeur des études au (450) 347-5301, poste 2274, ou à l'adresse suivante : philipe.bossé@cstjean.qc.ca.

Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je sais que je suis libre de participer au projet ou non et que je demeure libre de m'en retirer, sans préjudice. Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions énoncées plus haut.

Consentement à l'utilisation secondaire des données

* Il n'est pas nécessaire de consentir à ce volet pour participer à la présente recherche.

☐ Je refuse que les données me concernant soient utilisées dans le cadre d'autres recherches.

☐ Je consens à ce que les données qui me concernent soient utilisées dans le cadre d'autres recherches visant à approfondir le développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle chez les étudiantes et les étudiants en soins infirmiers, à la condition que ces données aient été complètement anonymisées.

☐ Je consens à ce que les données qui me concernent soient utilisées dans le cadre de recherches connexes, à la condition que ces données aient été complètement anonymisées.

Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom du participant ou du tuteur légal (en caractères d'imprimerie)

Signature du participant ou du tuteur légal

Date

Votre collaboration à la réalisation de notre projet est importante et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

13. Engagement des chercheurs

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu à toutes les questions qu'il m'a posées.

Nom de la personne qui a obtenu le consentement (en caractères d'imprimerie)
(si différent de la chercheuse ou du chercheur principal)

Je certifie que nous avons expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que nous avons répondu à toutes ses questions et que nous lui avons clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre fin à sa participation, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter tout ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

Nom de la chercheuse ou du chercheur principal (en caractères d'imprimerie)

Signature de la chercheuse ou du chercheur principal

Date

ANNEXE J

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DU QUESTIONNAIRE DU CÉGEP DE SHERBROOKE



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À PARTICIPER À UN PROJET DE RECHERCHE

INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LE PROJET

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE : Conception d'activité d'apprentissage visant à développer la collaboration interprofessionnelle en Soins infirmiers

CHERCHEUR(S) OU CHERCHEUSE(S) RESPONSABLE(S)

Claude Gravel, enseignante dans le programme Soins infirmiers au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu claudio.gravel@cstjean.gc.ca,

(450) 347-5301, poste 2290

■ INVITATION À PARTICIPER AU PROJET

Dans le cadre de mes études de Maîtrise en enseignement au collégial de l'Université de Sherbrooke, je conduis un projet de recherche supervisé par une direction d'essai agréée. Le présent formulaire présente les considérations éthiques de cette recherche. Il est important de lire et de comprendre chacun des éléments. Je demeure disponible pour répondre à toutes vos questions.

■ QUELS SONT LES OBJECTIFS DU PROJET ?

En soins infirmiers, le travail d'équipe fait partie intégrante de la profession infirmière et il prend une place prépondérante au sein de la profession (OIIQ, 2015). Ce travail d'équipe sera nommé ici par collaboration interprofessionnelle. Elle s'accomplit dans un processus de travail par les différents acteurs du domaine de la santé œuvrant auprès du patient. La méconnaissance des rôles et des responsabilités, de part et d'autre des professionnels de la santé, apporte un partage des tâches peu efficace, voire dangereux pour la qualité et la sécurité des soins offerts à la population (OIIQ, 2015).

Dans le cadre de cette recherche interprétative, nous tenterons d'apporter des réponses à notre objectif général concernant le développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle chez les étudiantes et les étudiants de sixième session en soins infirmiers à l'aide d'une activité d'apprentissage favorisant l'intégration des différents rôles au sein de l'équipe soignante. À partir de cet objectif, nous visons les objectifs spécifiques suivants :

- 1) Développer une activité d'apprentissage de collaboration interprofessionnelle en utilisant la simulation haute-fidélité pour les étudiantes et les étudiants de 6^e session du programme de Soins infirmiers du Cégep de Saint-Jean-sur-Richelieu;
- 2) Développer une grille d'observation d'indicateurs comportementaux de la compétence de collaboration interprofessionnelle pendant la simulation haute-fidélité;
- 3) Valider une grille d'observation d'indicateurs comportementaux de la compétence de collaboration interprofessionnelle pendant la simulation haute-fidélité;
- 4) Valider l'activité d'apprentissage de collaboration interprofessionnelle et la grille de critère de performance auprès d'enseignantes et d'enseignants du programme de Soins infirmiers.

Nous entendons par simulation haute-fidélité comme étant une représentation de la réalité clinique la plus fidèle possible incluant la reproduction réelle des manifestations cliniques et impliquant l'utilisation d'un mannequin intelligent.

COMMENT LE PROJET SE DÉROULERA-T-IL ?

À l'aide d'un questionnaire, nous souhaitons que les enseignantes et les enseignants du programme Soins infirmiers qui enseignent en 6^e session nous fournissent des informations qui nous permettront de valider notre conception d'activité d'apprentissage et notre grille d'observation afin de vérifier que notre activité d'apprentissage favorise le développement de la collaboration interprofessionnelle. La participation à ce projet consiste à remplir un questionnaire d'une durée de 30 minutes.

Y A-T-IL DES RISQUES, INCONVÉNIENTS OU BÉNÉFICES POUR LES SUJETS ?

Les personnes qui acceptent de participer à ce projet ne s'exposent à aucun risque ou inconfort. Puisque les personnes participantes sont invitées à donner leur opinion sur la conception d'activité d'apprentissage soumise par la chercheuse, il y a donc peu de risques. D'autre part, les réponses des participantes et participants seront rendues anonymes.

Y A-T-IL DES CONSÉQUENCES PRÉVISIBLES EN CAS DE NON-INTERVENTION ?

Aucune

LES PARTICIPANTS ET PARTICIPANTES RECEVRONT-ILS UNE COMPENSATION ?

Non

QUELS SONT LES DROITS DES PARTICIPANTS ET DES PARTICIPANTES ?

Votre participation est volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps. Si vous acceptez de participer au projet, vous aurez le droit de vous retirer en tout temps sans justification. De plus, même si vous acceptez de participer au projet vous aurez le droit de refuser de répondre à certaines questions.

Lors du traitement des données ou de la divulgation des résultats, votre anonymat et votre vie privée seront protégés. À la fin de l'étude, les données seront conservées pendant une période de cinq ans, à compter de la date de fin du projet, après quoi, elles seront détruites.

Pour toute question relative aux aspects éthiques de ce projet, contactez :

Kim Noël-Boulet, département de psychologie, président
Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CÉR)
Kim.Noel-Boulet@ce.gepsheerbrooke.gc.ca
(819) 564-6350, poste 4394

Jonathan Mayer
Secrétaire
CÉR
Jonathan.Mayer@ce.gepsheerbrooke.gc.ca
(819) 564-6350, poste 4387

CONSENTEMENT

J'ai lu et compris le présent formulaire qui expose les conditions, les risques et les bienfaits de ma participation au projet de recherche intitulé: « Conception d'activité d'apprentissage visant à développer la collaboration interprofessionnelle en Soins infirmiers ». J'ai obtenu des réponses satisfaisantes aux questions que je me posais au sujet de ce projet.

J'accepte librement de participer et je comprends que je peux me retirer de l'étude en tout temps, sans justification, sans pénalité, ni préjudice. Je peux également refuser de répondre à certaines questions. Mon refus de participer ou de répondre à certaines questions n'aura aucune incidence.

Je m'engage à respecter et préserver la confidentialité des renseignements dont je prendrai connaissance dans le cadre de cette étude. Enfin, je comprends qu'aucun bénéfice ni redevance ne me sera remis à la suite de ma participation (si au contraire, vous versez une compensation aux participants et aux participantes, veuillez en préciser la nature).

Signature du participant

Date

ANNEXE K
CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE (SHERBROOKE)



Certificat d'éthique

Le présent certificat atteste que le projet de recherche numéro : 2018-06

intitulé : « *Conception d'activité d'apprentissage visant à développer la collaboration interprofessionnelle en Soins infirmiers* »,

a été évalué en comité restreint lors d'une réunion tenue le 30 avril 2018, et a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche (CÉR) dont le mandat est de s'assurer que les projets menés par les chercheurs affiliés au Cégep de Sherbrooke respectent les principes et les règles régissant la recherche avec des sujets humains.

Ce certificat est valide du 3 mai 2018 au 30 décembre 2018 et engage le chercheur à respecter les procédures de suivi du projet.

Émis à Sherbrooke, ce **3 mai 2018**

Kim Noël-Boulet, président du comité

Tout changement au protocole visé par le présent certificat doit être soumis au CÉR pour une nouvelle approbation.

Dernière mise à jour : Octobre 2014 (LB)

ANNEXE L
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'ENTREVUE
DU CÉGEP SAINT-JEAN-SUR-LE-RICHELIEU

CÉGEP Q

SAINT-JEAN-SUR-RICHELIEU

1ml rnrn rn1mlimrnlffirnlffirnl rnrn rn rnlffirnlffirnlffirnl rnlrn 1?1?1 1ml 1ml
 rnlmlffirnl?1?1?1 rnrn mmmmm1mJmlffirnlffi rnlffirnlRln rnrn

1. Informations préliminaires

1.1 Titre du projet : Conception d'activité d'apprentissage visant à développer la collaboration interprofessionnelle en Soins infirmiers

1.2 Nom, titre et affiliation de la chercheuse ou du chercheur principal : Claude Gravel

1.3 Nom, titre et affiliation des cochercheurs :

1.4 Lieu (x) où se déroulera le projet : Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu

1.5 Date d'approbation par le CÉR du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu : août 2018

1.6 Sources du financement : Aucune

2. Invitation à participer au projet de recherche

Il est important de bien lire et comprendre ce formulaire de consentement pour la recherche à laquelle nous vous demandons de participer. Prenez tout le temps nécessaire pour prendre votre décision. N'hésitez pas à poser en tout temps vos questions à la personne qui vous a distribué ce formulaire.

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche parce que vous avez une expertise en enseignement des soins infirmiers à la sixième session. De plus, vous avez répondu au questionnaire de validation. L'étude porte sur la validation de conception d'activité d'apprentissage concernant la collaboration interprofessionnelle. Le but de cette recherche est d'apporter des réponses à notre objectif général concernant le développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle chez les étudiantes et les étudiants de sixième session en soins infirmiers à l'aide d'une activité d'apprentissage favorisant l'intégration des différents rôles au sein de l'équipe soignante. À partir de cet objectif, nous visons les objectifs spécifiques suivants :

- 1) Développer une activité d'apprentissage de collaboration interprofessionnelle en utilisant la simulation haute-fidélité pour les étudiantes et les étudiants de 6^e session du programme de Soins infirmiers du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu
- 2) Développer une grille d'observation d'indicateurs comportementaux de la compétence de collaboration interprofessionnelle pendant la SHF.
- 3) Valider l'activité d'apprentissage de collaboration interprofessionnelle et la grille de critère de performance auprès d'enseignantes et d'enseignants du programme de Soins infirmiers.

Nous souhaitons recruter trois ou quatre enseignantes et enseignants ayant eu une tâche à l'hiver 2018 en sixième session dans le programme de soins infirmiers et ayant répondu à un questionnaire électronique de validation au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu dans le cadre de cette recherche.

3. Nature de la participation

La participation à ce projet consiste à passer une entrevue individuelle semi-dirigée d'une trentaine de minutes. L'entrevue semi-dirigée nous aidera à préciser les réponses fournies dans le questionnaire que vous avez rempli. Nous souhaitons que vous nous fournissiez des informations qui nous permettront de valider notre conception d'activité d'apprentissage, notre grille d'observation. Lors des entrevues, il peut y avoir des enregistrements audio pour faciliter la collecte et l'analyse de données. Les deux outils sont dédiés aux participantes et participants, j'ai donc besoin de bonifier et clarifier certaines réponses obtenues lors du questionnaire de validation.

4. Bénéfices

Le développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle est un des éléments importants dans l'enseignement des soins infirmiers. Les personnes qui participeront à cette entrevue auront la possibilité de prendre un temps d'arrêt pour réfléchir sur le développement de cette compétence. Les résultats recueillis serviront à l'avancement des connaissances et l'amélioration des pratiques enseignantes de la formation en Soins infirmiers. Nous souhaitons utiliser les deux outils à l'automne 2018 pour expérimenter la SHF.

5. Risques et inconvénients

Les personnes qui acceptent de participer à ce projet s'exposent à très peu de risques de vivre des inconvénients. Comme l'entrevue sera menée par la coordonnatrice de programme, vous pourriez ressentir un inconfort à répondre à certaines questions, mais c'est essentiellement votre expertise disciplinaire qui sera sollicitée.

6. Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous n'avez qu'à communiquer verbalement votre décision à la chercheuse ou au chercheur principal ou à l'un des membres de son équipe. Vous pourrez demander d'enlever les données qui vous concernent, avant qu'elles ne soient rendues anonymes. Après cela, il n'est plus possible de les retirer.

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits, et vous ne libérez pas les chercheuses ou chercheurs ni l'organisme subventionnaire ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

7. Remboursement des dépenses et compensations

Vous ne recevrez aucun remboursement de vos dépenses ni aucune autre forme de compensation pour votre participation à cette recherche.

8. Confidentialité

Le responsable de la recherche recueillera des renseignements qui vous concernent pour répondre aux objectifs scientifiques du projet.

La seule information concernant l'identité des personnes participantes est qu'elles proviennent des départements offrant le programme de Soins infirmiers. Afin de protéger votre identité au cours de la recherche, les cégeps seront identifiés par une lettre et les participantes et les participants par un chiffre. Par exemple, A-1 et A-2 indiquent deux personnes participantes pour un même cégep. À la réception des documents, la chercheuse s'engage à classer séparément les questionnaires et les formulaires de consentement, protégeant ainsi l'identité des participantes et des participants. Les copies des questionnaires seront conservées au bureau de la chercheuse, dans un classeur sous clé. Les données seront inscrites dans un fichier informatique, dans un ordinateur protégé par un mot de passe, seule la chercheuse aura accès à ces données. Les questionnaires seront déchiquetés cinq ans après la fin de ce projet de recherche. Si la chercheuse a besoin de clarifier certains résultats du questionnaire, elle les clarifiera au moyen d'entrevues semi-dirigées et celles-ci seront enregistrées. Les enregistrements seront détruits en même temps que les questionnaires, c'est-à-dire après cinq ans. La destruction se fera à la fin de cette période de cinq ans, soit en 2023.

Les résultats de cette recherche pourront être diffusés dans des rapports, des publications ou des conférences ou en assemblée départementale, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Par ailleurs, il est possible qu'une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu consulte les documents que vous avez remplis dans le cadre de la recherche à des fins de surveillance et de contrôle. Le cas échéant, la personne mandatée pour effectuer ces vérifications sera elle aussi liée par une stricte politique de confidentialité.

9. Utilisation secondaire des données

Si vous l'autorisez, les renseignements que vous fournirez pourront être utilisés pour de futurs projets entrepris par la même équipe de recherche. Ces projets devront être autorisés par le Comité d'éthique de la recherche qui veillera à ce que les données restent toujours confidentielles.

Ces projets éventuels seront sous la responsabilité du chercheur principal et seront autorisés par un Comité d'éthique de la recherche. L'équipe de recherche s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité des données qui vous concernent, aux conditions énoncées dans le présent formulaire de consentement.

Vous pouvez indiquer, à la fin de ce document, si vous acceptez ou refusez que vos données soient utilisées dans le cadre de futurs projets.

10. Accès aux résultats généraux de la recherche

Vous pourrez obtenir une copie du résumé des résultats de l'étude, en communiquant avec la chercheuse principale à partir de mai 2019.

11. Conflits d'intérêts

Le fait que la chercheuse principale soit la coordonnatrice de programme pourrait créer certaines préoccupations éthiques. Comme l'entrevue sera menée par elle, vous pourriez ressentir un inconfort à répondre à certaines questions. Pour limiter ce possible conflit d'intérêts, les participantes et participants sélectionnés seront des enseignantes et des enseignants permanents au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu, ce qui limitera l'impact d'une possible relation d'autorité. Par ailleurs, comme les sujets abordés dans le cadre de l'entrevue sont essentiellement de nature pédagogique, ce qui justifie qu'il ne devrait pas survenir de conflit d'intérêts.

12. Personnes-ressources

Si vous avez des questions au sujet de ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Claude Gravel, Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu 30, boul. du Séminaire, Saint-Jean-sur-Richelieu, Québec, 450-347-5301, poste 2290, claudе.gravel@cstjean.qc.ca.

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. Si vous avez des questions sur vos droits en tant que participant, ou sur les aspects éthiques de ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le Comité d'éthique de la recherche du Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu, à l'adresse suivante : cer@cstjean.qc.ca.

Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler relativement à cette recherche, vous pouvez communiquer avec monsieur Philippe Bossé, directeur des études au (450) 347-5301, poste 2274, ou à l'adresse suivante : philippe.bossé@cstjean.qc.ca.

Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je sais que je suis libre de participer au projet ou non et que je demeure libre de m'en retirer, sans préjudice. Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions énoncées plus haut.

Consentement à l'utilisation secondaire des données

* Il n'est **pas** nécessaire de consentir à ce volet pour participer à la présente recherche.

- ☐ Je refuse que les données me concernant soient utilisées dans le cadre d'autres recherches.
- ☐ Je consens à ce que les données qui me concernent soient utilisées dans le cadre d'autres recherches visant à approfondir le développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle chez les étudiantes et les étudiants en soins infirmiers, à la condition que ces données aient été complètement **anonymisées**.
- ☐ Je consens à ce que les données qui me concernent soient utilisées dans le cadre de recherches connexes, à la condition que ces données aient été complètement **anonymisées**.
- ☐ Je consens à ce que les **données qui permettent de m'identifier** soient utilisées dans le cadre d'autres recherches visant à approfondir le développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle chez les étudiantes et les étudiants en soins infirmiers.
- ☐ Je consens à ce que les **données qui permettent de m'identifier** soient utilisées dans le cadre de recherches connexes.

Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom du participant ou du tuteur légal (en caractères d'imprimerie)

Signature du participant ou du tuteur légal

Date

Votre collaboration à la réalisation de notre projet est importante et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

13. Engagement des chercheurs

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu à toutes les questions qu'il m'a posées.

Nom de la personne qui a obtenu le consentement (en caractères d'imprimerie)
(si différent de la chercheuse ou du chercheur principal)

Je certifie que nous avons expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que nous avons répondu à toutes ses questions et que nous lui avons clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre fin à sa participation, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter tout ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

Nom de la chercheuse ou du chercheur principal (en caractères d'imprimerie)

Signature de la chercheuse ou du chercheur principal

Date

ANNEXEM
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'ENTREVUE
DU CÉGEP DE SHERBROOKE



Conception d'activité d'apprentissage visant à développer la collaboration interprofessionnelle en Soins infirmiers

Claude Gravel, enseignante dans le programme Soins infirmiers au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu claud.gravel@cstjean.gc.ca,

(450) 347-5301, poste 2290

1 Dans le cadre de mes études de Maîtrise en enseignement au collégial de l'Université de Sherbrooke,

je conduis un projet de recherche supervisé par une direction d'essai agréée. Le présent formulaire présente les considérations éthiques de cette recherche. Il est important de lire et de comprendre chacun des éléments. Je demeure disponible pour répondre à toutes vos questions.

1 En soins infirmiers, le travail d'équipe fait partie intégrante de la profession infirmière et il prend une

place prépondérante au sein de la profession (OIIQ, 2015). Ce travail d'équipe sera nommé ici par collaboration interprofessionnelle. Elle s'accomplit dans un processus de travail par les différents acteurs du domaine de la santé œuvrant auprès du patient. La méconnaissance des rôles et des responsabilités, de part et d'autre des professionnels de la santé, apporte un partage des tâches peu efficace, voire dangereux pour la qualité et la sécurité des soins offerts à la population (OIIQ, 2015).

Dans le cadre de cette recherche interprétative, nous tenterons d'apporter des réponses à notre objectif général concernant le développement de la compétence de collaboration interprofessionnelle chez les étudiantes et les étudiants de sixième session en soins infirmiers à l'aide d'une activité de simulation haute-fidélité favorisant l'intégration des différents rôles au sein de l'équipe soignante. À partir de cet objectif, nous visons les objectifs spécifiques suivants :

- 1) Développer une activité d'apprentissage de collaboration interprofessionnelle en utilisant la simulation haute-fidélité pour les étudiantes et les étudiants de 6e session du programme de Soins infirmiers du Cégep de Saint-Jean-sur-Richelieu;
- 2) Développer une grille d'observation d'indicateurs comportementaux de la compétence de collaboration interprofessionnelle pendant la simulation haute-fidélité
- 3) Valider une grille d'observation d'indicateurs comportementaux de la compétence de collaboration interprofessionnelle pendant la simulation haute-fidélité
- 4) Valider l'activité d'apprentissage de collaboration interprofessionnelle et la grille de critère de performance auprès d'enseignantes et d'enseignants du programme de Soins infirmiers.

Nous entendons par simulation haute-fidélité comme étant une représentation de la réalité clinique la plus fidèle possible incluant la reproduction réelle des manifestations cliniques et impliquant l'utilisation d'un mannequin intelligent.

1. Développer une activité d'apprentissage de collaboration interprofessionnelle en utilisant la simulation haute-fidélité pour les étudiantes et les étudiants de 6e session du programme de Soins infirmiers du Cégep de Saint-Jean-sur-Richelieu;

Nous souhaitons rencontrer les enseignantes et les enseignants qui enseignent au collégial. De plus, les enseignantes et les enseignants devront être expérimentés en simulation haute-fidélité. Cette rencontre s'effectuera sur une base volontaire afin de partager un savoir d'expertise qui nous permettra de valider notre conception d'activité de simulation haute-fidélité et notre grille d'observation. La participation à ce projet consiste à répondre aux questions selon le schéma d'entrevue.

2. Développer une grille d'observation d'indicateurs comportementaux de la compétence de collaboration interprofessionnelle pendant la simulation haute-fidélité

Les personnes qui acceptent de participer à ce projet s'exposent à peu de risque ou d'inconvénient. Puisque les personnes participantes sont invitées à donner leur opinion sur la conception d'activité d'apprentissage soumise par la chercheuse, il y a donc peu de risque. De plus, les réponses des participantes et participants seront rendues anonymes. Bien que les risques de bris de confidentialité soient minimes, cela fait quand même partie des risques.

3. Valider une grille d'observation d'indicateurs comportementaux de la compétence de collaboration interprofessionnelle pendant la simulation haute-fidélité

Aucune

4. Valider l'activité d'apprentissage de collaboration interprofessionnelle et la grille de critère de performance auprès d'enseignantes et d'enseignants du programme de Soins infirmiers.

Non

La participation est volontaire. Les personnes sont libres de participer ou non, et de se retirer en tout temps. S' ils acceptent de participer au projet, ils ont le droit de se retirer en tout temps sans justification. De plus, même s' ils acceptent de participer au projet ils auront le droit de refuser de répondre à certaines questions.

Lors du traitement des données ou de la divulgation des résultats, l'anonymat et la vie privée seront protégés. À la fin de l'étude, les données seront conservées pendant une période de cinq ans, à compter de la date de fin du projet, après quoi, elles seront détruites soit en décembre 2023.

Pour toute question relative aux aspects éthiques de ce projet, contactez :

Kim Noël-Boulet, département de psychologie, présidente
Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CÉR)

Kim.Noel-Bouiet@ce gepsherbrooke.gc.ca
(819) 564-6350, poste 4394

Jonathan Mayer
Secrétaire CÉR

Jonathan.Mayer@ce_gepsheerbrooke.gc.ca

(819) 564-6350 , poste 4387

QUESTION

[illegible][illegible][illegible]

QUESTION

4. Quelle est votre expérience comme enseignante ou enseignant dans le programme de Soins infirmiers ?

POUR RÉPONDRE À CETTE SÉRIE DE QUESTIONS,
VEUILLEZ VOUS RÉFÉRER AU *GUIDE DU FACILITATEUR* :
SCÉNARIO DE SIMULATION HAUTE-FIDÉLITÉ AUX SECTIONS INDIQUÉES :
VEUILLEZ-VOUS RÉFÉRER À LA SECTION I :

5. Le guide de breffage vous prépare-t-il bien à la séance de simulation haute-fidélité ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires, opinions, etc.

VEUILLEZ-VOUS RÉFÉRER À LA SECTION II :

6. Les consignes aux étudiantes et aux étudiants du scénario sont-elles claires et sans ambiguïtés ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires, opinions, etc.

7. Les consignes du scénario dirigent-elles adéquatement les étudiantes et les étudiants ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires, opinions, etc.

8. La préparation proposée est-elle en lien avec les apprentissages du programme de formation concernant la collaboration interprofessionnelle ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires, opinions, etc.

VEUILLEZ-VOUS RÉFÉRER À LA SECTION III :

9. Les réglages initiaux du simulateur sont-ils adéquats ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires, opinions, etc.

10. La liste de matériel est-elle adéquate ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires, opinions, etc.

VEUILLEZ-VOUS RÉFÉRER À LA SECTION IV

11. Le scénario de simulation haute-fidélité représente-t-il un problème courant auquel pourrait faire face une infirmière ou un infirmier entrant sur le marché du travail ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires, opinions, etc.

12. Les différentes variations du scénario proposées sont-elles d'un niveau de difficulté approprié pour une étudiante ou un étudiant de sixième session ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires, opinions, etc.

13. La réalisation de la simulation proposée fait-elle appel à des compétences acquises dans plusieurs cours du programme ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires, opinions, etc.

14. Croyez-vous que pour réussir la simulation demandée, l'étudiante ou l'étudiant devra exercer son jugement clinique ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires, opinions, etc.

15. Croyez-vous que pour réussir la simulation demandée, l'étudiante ou l'étudiant devra mobiliser plusieurs ressources (savoirs, savoir-être, savoir-faire) ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires, opinions, etc.

16. Croyez-vous que pour réussir la simulation demandée, l'étudiante ou l'étudiant devra collaborer avec plusieurs personnes pour intervenir de façon adéquate auprès du simulateur ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires, opinions, etc.

17. Le temps déterminé pour réaliser la tâche vous semble-t-il réaliste ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires, opinions, etc.

18. Le scénario de la simulation haute-fidélité permet-il d'expérimenter les rôles de chaque membre de l'équipe soignante ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires, opinions, etc.

*APPRÉCIATION GÉNÉRALE DU SCÉNARIO DE SIMULATION HAUTE-FIDÉLITÉ
incluant les différentes variations possibles*

19. Quelle est votre appréciation générale du scénario de simulation haute-fidélité ?

20. Selon vous, est-ce que l'activité d'apprentissage permet de clarifier les rôles de chaque membre de l'équipe, pour permettre une collaboration interprofessionnelle efficace ? (La division du travail, la répartition des actions et des opérations entre les membres de l'équipe, la communication).

21. Autres commentaires, opinions, etc.

22. Quelles sont les principales améliorations à apporter au scénario de simulation haute-fidélité ?

23. Autres commentaires, opinions, etc.

VEUILLEZ-VOUS RÉFÉRER À LA SECTION V

*GRILLE D'OBSERVATION D'INDICATEURS COMPORTEMENTAUX DE LA COMPÉTENCE
DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE*

24. Les critères de performance vous semblent-ils cohérents pour inférer avec justesse le niveau de maîtrise de la compétence visée par l'activité d'apprentissage ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires, opinions, etc.

25. Le nombre de critères de performance est-il suffisant pour juger du niveau de maîtrise de la compétence visée par l'activité d'apprentissage ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires, opinions, etc.

26. L'échelle d'évaluation de chaque critère de performance vous semble-t-elle pertinente au regard de la tâche globale à réaliser et de la compétence visée par l'activité d'apprentissage ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires, opinions, etc.

27. La grille d'observation des indicateurs comportementaux vous semble-t-elle facile à utiliser ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires, opinions, etc.

*APPRÉCIATION GÉNÉRALE DE LA GRILLE D'OBSERVATION DES INDICATEURS
COMPORTEMENTAUX DE LA COLLABORATION INTERPROFESIONNELLE*

28. Quelle est votre appréciation générale de la grille ?

29. Quelles sont les principales améliorations à apporter à la grille ?

VEUILLEZ-VOUS RÉFÉRER À LA SECTION VI

GUIDE DE DÉBREFFAGE

APPRÉCIATION GÉNÉRALE DU GUIDE DE DÉBREFFAGE

30. Le guide du débriefage aide-t-il l'enseignante ou l'enseignant dans sa rétroaction ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires, opinions, etc.

31. Quelle est votre appréciation générale du guide ?

32. Quelles sont les principales améliorations à apporter au guide ?

Merci de votre précieuse collaboration

ANNEXE O

SCHÉMA D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE

Entrevue individuelle semi-dirigée

Introduction

Je vous souhaite la bienvenue et vous remercie de votre présence.

Comme vous le savez, j'effectue une recherche sur la collaboration interprofessionnelle, plus précisément la conception d'une activité de simulation haute-fidélité pour développer la collaboration interprofessionnelle dans le programme de Soins infirmiers. Vous avez répondu à un questionnaire en début de session et j'ai trouvé vos réponses très intéressantes. Maintenant, j'aimerais approfondir certaines questions et valider certaines de mes interprétations.

Comme c'est souvent le cas en recherche, j'enregistre l'entrevue dans le but de retranscrire les données pour en faciliter l'analyse.

Les propos tenus durant l'entrevue demeurent confidentiels et anonymes.

Même si la recherche est un processus rigoureux, cela n'empêchera pas l'entrevue de se dérouler d'une manière détendue. Je vous rappelle qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses et qu'il est très important que vous disiez ce que vous pensez vraiment.

L'entrevue devrait durer approximativement une trentaine de minutes.

Section 1

Questions concernant l'activité d'apprentissage en simulation haute-fidélité pour développer la collaboration interprofessionnelle

	Réponses
Selon vous, comment la compétence de collaboration interprofessionnelle se développe-t-elle ?	
Selon vous, quelles sont les connaissances ou les compétences préalables à l'activité d'apprentissage de la SHF pour développer la compétence de collaboration ?	
Est-ce que les éléments cités ci-dessus sont présents dans l'activité d'apprentissage ou dans les scénarios et permettent-ils de développer la compétence de collaboration interprofessionnelle ?	
Quelles sont les modifications ou améliorations pertinentes qui pourraient être apportées ?	Au guide : Au scénario :
<p>Après la SHF, quels sont les avantages que les étudiantes et les étudiants peuvent percevoir à la collaboration interprofessionnelle ?</p> <p>(plus grande satisfaction au travail, une augmentation des connaissances, car il y a un partage de l'expertise entre les professions ; une approche intégrée, car elle met en lien différentes professions ; une approche holistique des besoins de l'individu et par conséquent y répond mieux.)</p>	
Après la SHF, les étudiantes et les étudiants pourront-ils mieux connaître, différencier, comprendre les différents rôles des membres de l'équipe soignante ? Est-ce que l'activité rend le champ d'exercice plus clair ? Expliquez	
Est-ce que le guide du facilitateur est pertinent et utile pour orienter une enseignante ou un enseignant novice avec la SHF ? Expliquez.	

Section 2 Questions concernant la grille d'indicateurs comportementaux

Questions	Réponses
Concernant la grille, quelles sont les modifications, les améliorations ou les suggestions qui seraient pertinentes à apporter ?	
Est-ce que la grille d'observation est pertinente et utile pour guider une enseignante ou un enseignant novice avec la SHF ? Expliquez	
AUTRES :	

- Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez ajouter? Un dernier commentaire?

Fin de l'entrevue : Je vous remercie infiniment pour votre collaboration. Les informations que vous m'avez données sont précieuses pour ma recherche et serviront également à élaborer certaines recommandations.

ANNEXE P

**CORRESPONDANCE ENTRE LES ÉTAPES D'UNE CONCEPTION D'ACTIVITÉS
D'APPRENTISSAGE SELON PAILLÉ (2007) ET LA DÉMARCHÉ DE LA
CHERCHEUSE**

Étapes pour la conception d'activité d'apprentissage selon Paillé (2007)	Démarches de la chercheuse
1. Explication du cadre conceptuel des activités	Théorie de l'activité de Vygotsky Choix de la SHF.
2. Choix des moyens d'apprentissage	
3. Mise au point des stratégies d'apprentissage	La conception de l'activité d'apprentissage SHF et de la grille d'observation d'indicateurs comportementaux de la compétence 01QD <ul style="list-style-type: none"> – Identification des objectifs d'apprentissage – Élaboration du Guide de la formatrice et du formateur – Rédaction du scénario visant ces objectifs – Préparation des équipements – Préparation du matériel vidéo – Structuration de la séquence préparatoire : brefage – Déroulement et variation du scénario – Structuration de la séquence d'évaluation : débrefage incluant la grille d'observation dans le document de fin de séance (le débrefage) La validation de l'activité de SHF et la grille d'observation d'indicateurs comportementaux de la compétence 01QD
4. Préparation des situations d'apprentissage	
5. Conception du scénario d'apprentissage	
6. Vérification de la correspondance de tous les éléments de l'activité d'apprentissage avec le cadre conceptuel	
7. Réflexion sur le travail de conception en tant que tel	
8. Indication des limites des activités et de leur prolongement possible	

Source : Paillé, P. (2007). La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherches qualitatives*, 27 (2), 133-151.

ANNEXE Q

GUIDE DE LA FORMATRICE ET DU FORMATEUR

Présentation du scénario⁹

Titre du scénario :	Chute chez une personne âgée
Durée du scénario :	15 minutes
Groupe cible :	Session 6
Scénario créé par	Claude Gravel
Adapté par	

Section I : Guide de bréffage

Étape 1	
Quelques jours avant l'activité d'apprentissage	<ul style="list-style-type: none">• Envoyer les consignes aux étudiantes et aux étudiants. (Section II du guide)
Étape 2	
Lors de la journée même de l'activité d'apprentissage, dans la salle de débriefage	<ul style="list-style-type: none">• Présenter les objectifs d'apprentissage.• Expliquer le déroulement de l'activité (différentes parties : SHF, débriefage, etc.).• Réviser le résumé de la situation (dossier de la patiente) et des concepts théoriques.
Étape 3	
Dans la salle de simulation	<ul style="list-style-type: none">• Présentation des fonctionnalités de l'appareillage• Manipulation du mannequin intelligent.
Étape 4	
Retour dans la salle de débriefage	<ul style="list-style-type: none">• Question obligatoire : Sentez-vous que vous avez tout ce qu'il vous faut pour intervenir adéquatement ?• Autres questions

⁹ Inspiré et traduction libre de *Scenario Planning Worksheet* de Laerdal (2009)

Section II Consignes aux étudiantes et aux étudiants

A : Résumé de la situation

Madame Colette Couture, 75 ans, vit en centre d'hébergement et soins de longue durée depuis 8 ans. Elle est veuve depuis 10 ans et n'a pas d'enfant. Mme Couture circule bien avec une marchette. Elle désire garder son autonomie et elle accepte difficilement l'aide. Elle est désorientée dans le temps et l'espace par moments. Elle se plaint d'étourdissements depuis une semaine. Elle est présentement en investigation pour ses étourdissements.

Diagnostic d'admission : Perte d'autonomie, lipothymie

Antécédents :

MCAS, HTA, FA sous ACO, Ostéoporose, Anémie

0 Allergie connue

Médication :

Coumadin 1 mg die

Vitamine B 12 inj. 1x/mois

Calcium 500mg die, vit. D die

Métoprolol 25mg lco. die

Au début de votre quart de travail, vous débutez votre tournée en dyade soignante.

Connaissances pré requises	Lectures préalables
Communication SBAR Système neurologique	<i>Protocole de chute</i> <i>Champ réservé à l'exercice infirmier et les activités partagées</i>
Objectifs d'apprentissage	
<ul style="list-style-type: none"> Intervenir de façon appropriée et sécuritaire selon son champ d'exercice Favoriser la collaboration interprofessionnelle 	

Section III : Déroulement du scénario

A. Profil Patient			
Nom Patient : Colette Couture		Age:75 ans	Poids :
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		Raison d'hospitalisation : CHSLD perte d'autonomie	
Antécédents médicaux :	MCAS, HTA	Médications :	Coumadin 1 mg die
	Anémie		Vitamine B12 inj. 1x/mois
	FA sous ACO		Calcium 500mg die, vit. D die
	Ostéoporose		Métoprolol 25mg 1co. die
Allergies : Ø Allergie connue			
État civil : veuve			
Historique familial : sans enfant			
B. Réglages initiaux du simulateur			
Paramètres vitaux initiaux		Liste du matériel et le dossier (feuilles spéciales, résultats de laboratoires, ECG, RX, PTI, PSTI, etc.)	
Monitoring cardiaque <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Rythme cardiaque : RS (#1-#3) et F.A. (#2) Couché à plat au lit (#1-2-3)		Équipe 1 : Matériel pour signes vitaux et signes neurologiques, appareil à glycémie Feuilles : signes vitaux, signes neurologiques, incident/accident Ecchymose sur le mannequin (côté gauche) Accès au téléphone	
T.A. : 122/78 pouls:77/min (#2 irrégulier) F.R. : 20/min Saturation : 98 % A.A. Cycle glycémique : 4.3 mmol/L T °C : 36.6 Autres : Peau : #1Hématome au front du côté gauche #3 Plaie au front côté gauche, sang		Équipe 2 : Matériel pour signes vitaux et signes neurologiques, appareil à glycémie Feuilles : signes vitaux, signes neurologiques, incident/accident Requête pour ECG Matériel pour installer accès veineux Accès au téléphone	
		Équipe 3 : Matériel pour signes vitaux et signes neurologiques, appareil à glycémie Feuilles de signes vitaux et signes neurologiques Plaie qui saigne sur le mannequin (côté gauche) Matériel pour installer accès veineux Matériel pour pansement Accès au téléphone Requête ECG et radiologique (scan)	

Section IV : Étapes et variations possibles du scénario

VARIATION 1			
Par amètres vitaux du pt. durant la SHF.	État du patient et paroles	Listes des évènements	
<p>1ère Equipe</p> <p>Rythme: RCS</p> <p>T.A. : 110 /72</p> <p>Pouls : 60/min</p> <p>FR : 20/ min, régulière amplitude normale</p> <p>O₂ : 98 % A.A.</p> <p>T : 36.3 °C</p> <p>glyc : 4.4 mmol/L</p> <p>S.N. : pupilles égales et réactives</p>	<p><i>Attendre <u>que</u> l'étudiante ou l'étudiant <u>pose</u> les <u>questions</u></i></p> <p>Vous avez chuté près du lavabo et vous vous êtes relevée seule. Vous vous êtes cogné la tête sur le lavabo.</p> <p>Vous êtes orientée dans les 3 sphères.</p> <p>Vous n'avez pas de nausées, pas de céphalée. Vous avez une sensibilité au front côté gauche (ecchymose à placer)</p> <p>Lorsque l'infirmière vous demande de serrer les mains, ou bouger vos pieds, vous êtes capable d'effectuer les mouvements et la force de vos membres est égale de chaque côté.</p>	<p>Actions de l'étudiante ou l'étudiant</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer la condition physique Déléguer à l'inf.-aux. les s.v. Évaluer l'état neurologique Vérifier l'état de conscience, présence de nausées, absence de liquide clair, de sang au niveau des oreilles, du nez ou de la bouche Prendre les signes neurologiques et déléguer à l'inf.-aux. les prochains s.n. Demander à la patiente si elle s'est cogné la tête. Vérifier si présence de céphalée. Présence d'ecchymose côté gauche Évaluer la douleur <p>P : depuis la chute</p> <p>Q : douleur constante à 3/10</p> <p>R : hanche droite</p> <p>S : aucun</p> <p>T : incapable de répondre</p> <ul style="list-style-type: none"> Penser à aviser le md et feuille d'accident et d'incident 	<p>Critères de <u>performance</u></p> <p>D Utiliser la communication SBAR</p> <p>D Respecte les champs de pratique des membres de l'équipe soignante</p> <p>Remplir la grille d'observation d'indicateurs comportementaux de la OIQD (voir section VII)</p>

VARIATION 2			
Paramètres vitaux du pt.	État du patient et paroles	Listes des évènements	
<p>durant la SHF.</p> <p>2e E quipe</p> <p>Rythme : F.A.</p> <p>TA: 102/55</p> <p>Pouls : 48/ min. irrégulier</p> <p>FR: 22/min régulière, amplitude moyenne</p> <p>O₂SAT : 94% AA</p> <p>T°C: 36,7°C</p> <p>glyc : 5.8 mmol/L</p> <p>S.N.:</p> <p>Pupilles égales et réactives</p>	<p><u>Attendre l'Ue l'étudiante ou l'étudiant 12 ose les l'Uestions</u></p>	<p><u>Actions de l' étudiante ou l' étudiant</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la condition physique +dlr • Déléguer à l' inf.-a ux. la prise des signes vitaux au patient. • ouls à l'apex /lmin. • Evaluer l'état neurologique • Vérifier l' état de conscience et le l'alaise, présence de nausées. • Evaluer la douleur: <p>P : à la toilette et pire depuis que vous êtes revenu de la salle de bain</p> <p>Q : vous ressentez une faiblesse et des palpitations</p> <p>R : vous vous frottez la poitrine</p> <p>S : nausées, faible et étourdie</p> <p>T : depuis votre retour de la salle de bain</p> <p>U : vous êtes certaine que vous faites une indigestion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre la décision d'installer un accès veineux • Demander à l' inf.-aux. d'installer un accès veineux <ul style="list-style-type: none"> • Initier de faire un ECG stat • Aviser le md rapidement • Demander à l'inf.-aux de rester avec la patiente 	<p><u>Critères de 12erformance</u></p> <p>D Utilise la communication SBAR</p> <p>D Respecte les champs de pratique des membres de l' équipe soigna nte</p> <p>Remplir la grille d'observation d'indicateurs comportementaux de la OIQD (voir section VII)</p>
	<p>Vous revenez de la salle de bain et vous avez presque chuté.</p> <p>Vous vous sentez faible, nauséuse.</p> <p>Vous êtes très anxieuse, vous avez peur de mourir et vous répétez ça souvent</p> <p>Vous avez eu des étourdissements à la salle de bain.</p>		

VARIATION 3

Paramètres vitaux du pt. durant la SHF.	État du patient et paroles	Listes des évènements	
3-Equipe Rythme : RCS T.A. : 110 <i>n2</i> Pouls : 60/min FR : 20/min, régulière amplitude normale O2 : 98 % A.A. T : 36.3 °C glyc: 4.4 mmol/L S.N. : pupilles égales et réactives Après 5 minutes Rythme : RCS T.A. : 150 /82 Pouls : 86/ min F.R. : 16/min, irrégulière amplitude : D O2 : 98 % A.A. T : 36.7 °C glyc: 4.4 mmol/L S.N. : pupilles mydriaseset réactives	<u>Attendre g.ue l'étudiante ou l'étudiant 12.ose les g.uestions</u> <i>Votre débit de voix est ralenti.</i> Vous avez chuté près du lavabo. Après quelques minutes, vous vous êtes relevée seule. Vous vous êtes cogné le front sur le lavabo. Vous êtes orientée dans les 3 sphères. Vous n'avez pas de nausées, mais un mal de tête. Vous avez une plaie qui saigne au front côté gauche (plaie à placer). Lorsque l'infirmière vous demande de serrer les mains, ou bouger vos pieds, vous êtes capable d'effectuer les mouvements et la force de vos membres est égale de chaque côté. Après 5 minutes La douleur à la tête augmente à 10/ 10, dlr.+++ Nausées +++ Somnolente MD :	<u>Actions de l' étudiante ou l' étudiant</u> Z Évaluer la condition physique Z Déléguer à l' inf.-aux. la prise des signes vitaux au patient. Z Évaluer l'état neurologique Z Vérifier l'état de conscience Z Vérifier si présence de nausée, céphalée, absence de liquide clair, de sang au niveau des oreilles, du nez ou de la bouche Z Demander à la patiente si elle s'est cogné la tête. Z Déléguer à l' inf.-aux. les s.n. q 15 min. par la suite Z Évaluer la plaie Z Déléguer à l' inf.-aux de faire un pansement compressif. Z Évaluer la douleur P : depuis la chute Q : douleur constante à 3/ 10 R : tête S : aucun T : incapable de répondre Z Aviser le md stat Z Aviser la radiologie et l'ECG stat Z Décider d'ouvrir un accès veineux Z Déléguer à l' inf.-aux. d' installer le soluté Après 5 minutes Z Réévaluer l' état neurologique et prendre sv	<u>Critères de 12e rformance</u> D Utilise la communication SBAR D Respecte les champs de pratique des membres de l'équipe soignante Remplir la grille d'observation d'indicateurs comportementaux de la OIQD (voir section VII)

Section IV : Grille d'observation d'indicateurs comportementaux

Compétence : Etablir des relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants (OI QD) lors d'une simulation haute-fidélité			
Éléments observables de la compétence	Critères de performance ¹⁰	Échelle d'évaluation	
		Atteint	À travailler
1. Travailler en collaboration, au sein d'une équipe de soins.	• Manifestation d'attitudes et de comportements favorables à l'établissement d'un bon climat de travail.		
	• Souci d'assurer la diffusion de l'information.		
	• Apport significatif à la résolution de problèmes et à la prise de décisions.		
	• Souci de créer une cohésion dans l'équipe de soins infirmiers en vue d'obtenir les résultats escomptés chez la personne.		
	• Exercice approprié de son pouvoir d'influence.		
2. Coordonner des activités de soins infirmiers.	• Planification efficace des activités de soins.		
	• Détermination judicieuse des activités à confier au personnel auxiliaire.		
	• Soutien approprié au personnel auxiliaire.		
	• Contrôle de la qualité des soins confiés au personnel auxiliaire à partir des résultats obtenus.		
3. Travailler en interdisciplinarité.	• Reconnaissance précise du rôle et des responsabilités de chaque personne.		
	• Manifestation d'attitudes et de comportements facilitant le travail en interdisciplinarité.		
	• Affirmation de sa compétence et de son autonomie professionnelle.		
	• Respect de la compétence et de l'autonomie professionnelle des autres intervenantes et intervenants.		
	• Clarté de l'information transmise au sujet de la personne soignée.		
	• Apport significatif à la résolution de problèmes et à la prise de décisions.		
Commentaires, autres observations.			

¹⁰ Conditions essentielles à la collaboration interprofessionnelle : partager un but commun, se faire confiance et se sentir partenaire, formaliser les relations sous forme d'ententes négociées ou consensuelles.

Section V : Guide de débriefage¹¹

Phase 1 : Réaction	
Pistes de questions pour soutenir le débriefage ou alimenter les discussions entre les étudiantes et les étudiants	
Immédiatement après la SHF des 3 dyades. Faire ventiler les émotions.	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles émotions cette expérience a-t-elle déclenchées chez vous? • Quelque chose vous a-t-il mis mal à l'aise ? • Qu'avez-vous préféré et moins préféré?
Phase 2 : Description	
Questions simples et ouvertes.	<ul style="list-style-type: none"> • Comment pensez-vous que le scénario s'est déroulé? • Comment a fonctionné votre équipe ? • Comment avez-vous trouvé les consignes? • Quels étaient vos défis, vos tâches à accomplir? • Comment auriez-vous pu être plus efficace ?
2 bons coups et 1 coup à améliorer par dyade.	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les bons coups / les coups à améliorer? (en lien avec les objectifs d'apprentissage)
Phase 3: Analyse	
Comment l'équipe a-t-elle fonctionné ?	<ul style="list-style-type: none"> • Quel était votre rôle? • Auriez-vous fait mieux dans un rôle différent? • Qu'est-ce qui est arrivé à l'équipe durant la simulation? • Les membres de l'équipe ont-ils agi de manière professionnelle? • Un leader s'est-il dégagé? Pourquoi ou pourquoi pas? • L'information importante était-elle partagée clairement? • Comment décririez-vous la communication entre les membres de l'équipe? • Comment la communication au sein de l'équipe pourrait-elle être améliorée? • Apporter des exemples de bonnes interactions. • Quelles sont les conditions essentielles à la collaboration interprofessionnelle
Phase 4 Résumé/Sommaire	
Passer en revue les actions, les décisions et les conséquences liées à la vie réelle Enseignement de principes, procédures, recommandations, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que vous retenez, vous avez appris et que vous allez transposer lors de vos stages?¹² • Quelles nouvelles connaissances, compétences avez-vous acquises? • Comment cela pourrait-il vous aider en pratique? • Comment cela améliorerait les soins? • Comment allez-vous appliquer ce que vous avez appris dans le milieu clinique? • Discuter de comment il est possible de traduire cela dans les soins apportés aux patients.
Conclusion de la SHF	
<ul style="list-style-type: none"> • Donner une rétroaction aux étudiantes et aux étudiants sur la session dans son ensemble. • Remercier les étudiantes et les étudiants pour leur participation. 	

¹¹ Inspiré du guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé de l' HAS (2012) et INASCL (2011).

¹² Question obligatoire à poser à toutes les étudiantes et tous les étudiants.

ANNEXE R
GRILLE D'ANALYSE DE DONNÉES QUALITATIVES
CONCERNANT LE QUESTIONNAIRE

1. La formation scolaire	DEC Soins infirmiers Bac. initial Sciences infirmières Bac. Sc. infirmières (3 certificats) Certificat en pédagogie	
2. L'expérience professionnelle comme infirmière ou infirmier (milieu où elle a exercé sa profession, nombre d'années, poste occupé, etc.)		
3. La définition de la collaboration interprofessionnelle		
4. L'expérience comme enseignante ou enseignant dans le programme de Soins infirmiers		
Indicateurs	Commentaires	Suggestions
GUIDE DU FACILITATEUR : SECTION I SCÉNARIO DE SHF:		
5. Le guide de breffage préparant bien à la SHF		
GUIDE DU FACILITATEUR : SECTION II CONSIGNES AUX ÉTUDIANTES		
6. Les consignes claires et sans ambiguïtés		
7. Les consignes du scénario dirigeant adéquatement		
8. La préparation proposée étant en lien avec les apprentissages (collaboration interprofessionnelle)		
GUIDE DU FACILITATEUR : SECTION III		
9. Les réglages initiaux du simulateur		
10. La liste de matériel		
GUIDE DU FACILITATEUR : SECTION IV		
11. Le scénario de SHF représentant un problème courant		
12. Les différentes variations du scénario proposées (6 ^e session)		
13. La réalisation de la simulation concernant des compétences acquises dans le programme		
14. La réussite de la simulation reposant sur le jugement clinique		
15. La mobilisation de plusieurs ressources (savoirs, savoir-être, savoir-faire)		
16. La collaboration avec plusieurs personnes pour intervenir		
17. Le temps déterminé pour réaliser la tâche		

18. L'expérimentation des rôles		
19. L'appréciation générale du scénario		
20. La clarification des rôles		
21. Les principales améliorations pour le scénario		
GUIDE DU FACILITATEUR : SECTION V GRILLE D'OBSERVATION D'INDICATEURS COMPORTEMENTAUX DE LA COMPÉTENCE DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE		
24. La cohérence des critères de performance		
25. Le nombre de critères de performance		
26. L'échelle d'évaluation		
27. La facilité d'utilisation de la grille		
28. L'appréciation générale		
29. Les principales améliorations		
GUIDE DU FACILITATEUR : SECTION VI GUIDE DE DÉBREFFAGE		
30. Le guide du débriefage aidant la rétroaction		
31. L'appréciation générale		
32. Les principales améliorations à apporter		

ANNEXE S

GRILLE D'ANALYSE DE DONNÉES QUALITATIVES

CONCERNANT L'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE

Questions	Commentaires	Suggestions
1. Selon vous, comment la compétence de collaboration interprofessionnelle se développe-t-elle ?		
2. Selon vous, quelles sont les connaissances ou les compétences préalables à l'activité d'apprentissage de la SHF pour développer la compétence de collaboration ?		
3. Est-ce que les éléments cités ci-dessus sont présents dans l'activité d'apprentissage ou dans les scénarios et permettent-ils de développer la compétence de collaboration interprofessionnelle ?		
4. Quelles sont les modifications ou améliorations pertinentes qui pourraient être apportées ?		
5. Quels sont les avantages que les étudiantes et les étudiants peuvent percevoir à la collaboration interprofessionnelle ?		
6. Après la SHF, les étudiantes et les étudiants pourront-ils mieux connaître, différencier, comprendre les différents rôles des membres de l'équipe soignante ? Est-ce que l'activité rend le champ d'exercice plus clair ? Expliquez		
7. Est-ce que le guide du facilitateur est pertinent et utile pour orienter une enseignante ou un enseignant novice avec la SHF ? Expliquez		

ANNEXE T

VERSION MODIFIÉE DU GUIDE DE LA FACILITATRICE ET DU FACILITATEUR

Présentation du scénario¹³

Titre du scénario :	Chute chez une personne âgée
Durée du scénario :	15 minutes
Groupe cible :	Session 6
Collaborateurs	SASI (élèves EPM)
Scénario créé par	Claude Gravel
Adapté par	

Section I Guide de breffage

Étape 1	
Quelques jours avant l'activité d'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> Envoyer la section pédagogique aux étudiantes et aux étudiants. (Section II du guide) Envoyer la section pédagogique aux étudiantes et aux étudiants SASI de l'EPM. (Section II du guide)
Étape 2	
Lors de la journée même de l'activité d'apprentissage, dans la salle de débriefage	<ul style="list-style-type: none"> Présenter les objectifs d'apprentissage. Expliquer le déroulement de l'activité (différentes parties : SHF, débriefage, etc.). Stimuler la discussion concernant la situation (dossier de la patiente), les concepts théoriques et les mots de vocabulaire inconnus. Stimuler la réflexion concernant le champ d'exercice infirmier réservé et partagé. Par exemple : Est-ce qu'il y a quelqu'un d'autre qui est disponible ou former pour exécuter ce que je m'appête à faire?
Étape 3	
Dans la salle de simulation	<ul style="list-style-type: none"> Présentation des fonctionnalités de l'appareillage Manipulation du mannequin intelligent.
Étape 4	
Retour dans la salle de débriefage	<ul style="list-style-type: none"> Question obligatoire : Sentez-vous que vous avez tout ce qu'il vous faut pour intervenir adéquatement ? Autres questions

¹³ Inspiré et traduction libre de *Scenario Planning Worksheet* de Laerdal (2009)

Section II : Section pédagogique

A : Résumé de la situation

Madame Colette Couture, 75 ans, vit en centre d'hébergement et soins de longue durée depuis 8 ans. Elle est veuve depuis 10 ans et n'a pas d'enfant. Mme Couture circule bien avec une marchette. Elle désire garder son autonomie et elle accepte difficilement l'aide. Elle est désorientée dans le temps et l'espace par moments. Elle se plaint d'étourdissements depuis une semaine. Elle est présentement en investigation pour ses étourdissements.

Diagnostic d'admission: Perte d'autonomie, lipothymie

Antécédents :

MCAS, HTA, FA sous ACO, Ostéoporose, Anémie

0 Allergie connue

Médication :

Coumadin 1 mg die

Vitamine B 12 inj. 1x/mois

Calcium 500mg die, vit. D die

Métoprolol 25mg lco. die

Au début de votre quart de travail, vous débutez votre tournée en dyade soignante

Connaissances prérequis	Lectures préalables
Communication SBAR Système neurologique Champ réservé à l'exercice infirmier et les activités partagées Examen neurologique Histoire de cas : Mme Daigle (FA), Mr Bélair (TCC) Réflexion sur soi et ses attitudes en lien avec la collaboration interprofessionnelle	Protocole de chute Fibrillation auriculaire (FA) sous ACO Lewis p. 719 à 721 (T2) MCAS Lewis p. 614 à 621 (T2) Hypertension artérielle (HTA) Lewis p. 551 à 551 (T2) Trauma cranio-cérébral (TCC) Lewis p. 575 à 586 (T2), Saignement et l'hypertension intra crânienne Lewis p. 568 à 575 (T1)
Objectifs d'apprentissage	
<ul style="list-style-type: none"> Intervenir de façon appropriée et sécuritaire selon son champ d'exercice lors d'une chute d'une patiente. Favoriser la collaboration interprofessionnelle 	

Section III : Déroulement du scénario

A. Profil Patient			
Nom Patient : Colette Couture		Age:75 ans	Poids :
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		Raison d'hospitalisation : CHSLD perte d'autonomie	
Antécédents médicaux :	MCAS, HTA	Médications :	Coumadin 1 mg die
	Anémie		Vitamine B12 inj. 1x/mois
	FA sous ACO		Calcium 500mg die, vit. D die
	Ostéoporose		Métoprolol 25mg 1co. die
Allergies : Ø Allergie connue			
État civil : veuve			
Historique familial : sans enfant			
B. Réglages initiaux du simulateur			
Paramètres vitaux initiaux		Liste du matériel et le dossier (feuilles spéciales, résultats de laboratoires, ECG, RX, PTI, PSTI, etc.)	
T.A. : 122/78 pouls:77/min irrégulier F.R. : 20/min Saturation : 98 % A.A. Cycle glycémique : 4.3 mmol/L T °C : 36.6 Autres : Peau :Plaie au front côté gauche, sang		Matériel pour signes vitaux et signes neurologiques, Appareil à glycémie Feuilles de signes vitaux et signes neurologiques Plaie qui saigne sur le mannequin (côté gauche) Matériel pour installer accès veineux Matériel pour pansement Accès au téléphone Requête ECG et radiologique (scan)	

Section IV : Étape du scénario

Scénario			
Paramètres vitaux du pt. durant la SHF.	État du patient et paroles	Rôle du md. : ECG stat et faire un scan cérébral stat Listes des événements	
Rythme : RS T.A.: 110/2 Pouls : 60/min FR : 20/min, régulière amplitude normale O ₂ : 98 % A.A. T: 36.3 °C glyc: 4.4 mmol/L S.N. : pupilles égales et réactives	<u>Attendre que l'étudiante ou l'étudiant expose les gestes</u> <i>Votre débit de voix est ralenti.</i> Vous avez chuté près du lavabo. Après quelques minutes, vous vous êtes relevée seule. Vous vous êtes cogné le front sur le lavabo. Vous êtes orientée dans les 3 sphères. Vous n'avez pas de nausées, mais vous avez mal à la tête. Vous avez une plaie qui saigne au front côté gauche (plaie à placer). Lorsque l'infirmière vous demande de serrer les mains, ou bouger vos pieds, vous êtes capable d'effectuer les mouvements et la force de vos membres est égale de chaque côté.	<u>Actions de l'étudiante ou l'étudiant</u> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer la condition physique Déléguer à l'inf.-aux. la prise des signes vitaux au patient. Évaluer l'état neurologique Vérifier l'état de conscience Vérifier si présence de nausée, céphalée, absence de liquide clair, de sang au niveau des oreilles, du nez ou de la bouche Demander à la patiente si elle s'est cogné la tête. Déléguer à l'inf.-aux. les s.n. q 15 min. par la suite Évaluer la plaie Déléguer à l'inf.-aux. de faire un pansement compressif. Évaluer la douleur P: depuis la chute Q: douleur constante à 3/10 R : tête S: aucun T : incapable de répondre	<u>Critères de performance</u> D Utilise la communication SBAR D Respecte les champs de pratique des membres de l'équipe soignante Remplir la grille d'observation d'indicateurs comportementaux de la OIQD (voir section VII)
Après 5 minutes Rythme : RS T.A. : 150 /82 Pouls : 86/ min F.R: 16/min, irrégulière amplitude : ↑ O ₂ : 98 % A.A. T: 36.7 °C glyc: 4.4 mmol/L S.N. : pupilles mydriases et réactives	Après 5 minutes La douleur à la tête augmente à 10/10, dlr.+++ Nausées+++ Somnolente	Aviser le md stat Aviser la radiologie et faire l'ECG stat Décider d'ouvrir un accès veineux Déléguer à l'inf.-aux. d'installer le soluté Après 5 minutes <ul style="list-style-type: none"> Réévaluer l'état neurologique et prendre sv 	

Section V : Grille d'observation d'indicateurs comportementaux

Compétence : Etablir des relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants (OI QD) lors d'une simulation haute-fidélité			
Éléments observables de la compétence	Critères de performance ¹⁴	Échelle d'évaluation ¹⁵	
		Atteint	À travailler
1. Travailler en collaboration, au sein d'une équipe de soins.	• Bon climat de travail.		
	• Diffusion de l'information.		
	• Résolution de problèmes et prise de décisions.		
	• Cohésion dans l'équipe de soins infirmiers.		
	• Exercice approprié de son pouvoir d'influence.		
2. Coordonner des activités de soins infirmiers.	• Planification efficace des activités de soins.		
	• Détermination judicieuse des activités		
	• Soutien approprié.		
	• Contrôle de la qualité des soins prodigués		
3. Travailler en interdisciplinarité.	• Reconnaissance du rôle et des responsabilités de chaque personne.		
	• Comportement s facilitant le travail en interdisciplinarité.		
	• Affirmation de sa compétence et de son autonomie professionnelle.		
	• Respect de la compétence et de l'autonomie de chaque personne.		
	• Clarté de l'information transmise		
Commentaires, autres observations.			

¹⁴ Conditions essentielles à la collaboration interprofessionnelle : partager un but commun, se faire confiance et se sentir partenaire, formaliser les relations sous forme d'ententes négociées ou consensuelles.

¹⁵ L' échelle d'évaluation correspond aux actions de la dyade soignante.

Section VI : Guide de débriefage¹⁶

Phase 1 : Réaction	
<ul style="list-style-type: none"> Pistes de questions pour soutenir le débriefage ou alimenter les discussions entre les étudiantes et les étudiants 	
Immédiatement après la SHF des 3 dyades. Faire ventiler les émotions.	<ul style="list-style-type: none"> Quelles émotions cette expérience a-t-elle déclenchées chez vous ?¹⁷ Quelque chose vous a-t-il mis mal à l'aise? Comment vous êtes-vous senti au contact de la personne ?
Phase 2 : Description	
Questions simples et ouvertes.	<ul style="list-style-type: none"> Comment pensez-vous que le scénario s'est déroulé ? Quels ont été les points forts et les points faibles de vos activités interdisciplinaires ? Qu'est-ce que vous reprenez de cette situation ? Quels étaient vos défis, vos tâches à accomplir ? Comment auriez-vous pu être plus efficace ?
2 bons coups et 1 coup à améliorer par dyade.	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont les bons coups / les coups à améliorer ? (en lien avec les objectifs d'apprentissage)
Phase 3: Analyse	
Comment l'équipe a-t-elle fonctionné ?	<ul style="list-style-type: none"> Quel était votre rôle? Comment auriez-vous agi dans un rôle différent ? Qu'est-ce qui est arrivé à l'équipe durant la simulation ? Comment se sont déroulées vos activités interdisciplinaires ? Un leader s'est-il dégagé ? Pourquoi ou pourquoi pas ? L'information importante était-elle partagée clairement ? Comment décririez-vous la communication entre les membres de l'équipe ? Comment la communication au sein de l'équipe pourrait-elle être améliorée ? Qu'est-ce que ça vous a apporté de travailler ensemble ? Quelles sont les conditions essentielles à la collaboration interprofessionnelle
Phase 4 Résumé/Sommaire	
Passer en revue les actions, les décisions et les conséquences liées à la vie réelle. Enseignement de principes, procédures, recommandations, etc.	<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce que vous reprenez, vous avez appris et que vous allez transposer lors de vos stages? Quelles nouvelles connaissances, compétences avez-vous acquises? Comment cela pourrait-il vous aider en pratique ? Comment cela améliorerait les soins ? Comment allez-vous appliquer ce que vous avez appris dans le milieu clinique ?

Conclusion de la SHF	
<ul style="list-style-type: none"> Donner une rétroaction aux étudiantes et aux étudiants sur la session dans son ensemble. Remercier les étudiantes et les étudiants pour leur participation. 	

¹⁶ Inspiré du guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé de l' HAS (2012) et INASCL (2011).

¹⁷ Les questions en gras sont obligatoires à poser à toutes les étudiantes et tous les étudiants.